



Jaana Karioja & Jenni Koskinen

MUISTIHOITAJA ENNALTAEHKÄISEVÄSSÄ TYÖSSÄ

MUISTIHOITAJA ENNALTAEHKÄISEVÄSSÄ TYÖSSÄ

Karioja Jaana & Koskinen Jenni
Opinnäytetyö
Kevät 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitaja

Tekijät: Jaana Karioja ja Jenni Koskinen

Opinnäytetyön nimi: Muistihoitaja ennaltaehkäisevässä työssä

Työn ohjaajat: Liisa Karhumaa ja Piia Hyvämäki

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2012 Sivumäärä: 63 + 3 liitettä

Väestön ikääntyessä muistisairaiden ihmisten määrä lisääntyy ja tarvitaan lisää ammatilista osaamista, etenkin muistihoitajia. Tällä hetkellä muistisairauksiin sairastuu Suomessa vuosittain jo 13 000 henkilöä ja on ennustettu, että vuonna 2015 vähintään keski- vaikeasti dementoituneita on jo yli 130 000. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla muistihoitajien osaamista ja työn kehittämistarpeita muistisairaana asiakkaan ennaltaehkäisevässä työssä. Tässä tutkimuksessa tarkoitamme muistihoitajalla etenevien muistisairauksien hoitoon perehtynyttä terveydenhuollon ammattilaista. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa muistihoitajien osaamisesta ja kehittämistarpeista ennaltaehkäisevään työhön. Toimeksiantajanamme toimi Oulun Seudun Muistiyhdistys.

Opinnäytetyö oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jossa käytimme aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua. Aineiston analysoimme sisällönanalyysillä. Haastattelimme neljää muistihoitajaa, jotka työskentelevät Pohjois-Pohjanmaalla muistisairauksien tunnistamisessa, neuvonnassa, hoidossa, seurannassa ohjaten asiakkaita ja heidän omaisiaan.

Tuloksina muistihoitajien osaamiseen liittyy monta eri osa-aluetta: tärkeimmät tehtävät ja työn tärkeys, vuorovaikutuksen perusta, hoidon arvioinnin tarpeet ja välineet muistihoitajien työssä, ohjaamisen ja tuen sisällöt ennaltaehkäisevässä muistihoitotyössä, muistihoitajien yhteistyöverkosto ja hoidon suunnittelu sekä toteutus. Tuloksista selvisi tarpeita ennaltaehkäisevän työn jatkokehittämiseksi: Muistiosaajia pitäisi olla lisää ja muistiasia tulisi tehdä näkyvämmäksi. Muistiasiakkaita tulisi ohjata ja kuntouttaa aktiivisemmin; tärkeänä pidettiin omaisten tukemista ja ryhmätoiminnan kehittämistä muistiasiakkaille sekä heidän omaisille.

Muistihoitajien osaamista ei ole aiemmin tutkittu Pohjois-Pohjanmaalla. Opinnäytetyömme toi esille muistihoitajien työkuva ja sitä kautta muistihoitajien työtä voidaan kehittää. Tuloksissa tulee esille palvelutarpeita, joiden kehittämisellä voidaan hidastaa muistisairauksien etenemistä ja siten parantaa asiakkaiden selviytymistä pitempään kotona. Mielestämme kiinnostavia jatkotutkimusaiheita voisivat olla muistihoitajien asiakkaiden kokemukset saamastaan hoidosta, samoin läheisten arviot annetusta ohjauksesta sekä tuesta.

Asiasanat: muistihoitaja, muistisairaudet, ennaltaehkäisy

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Preventive Health Care

Authors: Jaana Karioja and Jenni Koskinen

Title of thesis: Memory Nurse in Preventative Work

Supervisors: Liisa Karhumaa and Piia Hyvämäki

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2012

Number of pages: 63 pages + 3 appendices

When population ages the number of demented people increases and the expertise of professionals is needed, especially the expertise of memory nurses. Every year even 13, 000 people get ill with dementia and it has been predicted that in 2015 over 130, 000 persons have been diagnosed with moderate dementia.

The purpose of the thesis was to describe the expertise of memory nurses. The aim of the thesis was to produce knowledge about the expertise of memory nurses and the development requirements in preventive work with people suffering from dementia. The term memory nurse, in this thesis, means a health care professional who is specialized in progressive dementia care.

The study was qualitative. Theme interviews were used as a material collection method. The informants were four memory nurses whose main job was to recognize dementia and to guide demented persons. The material was content analyzed.

According to the informants the following aspects can be recognized in the expertise of a memory nurse: significance of work, most important work tasks, communication, needs of care assessment, tools, contents of guiding and supporting clients in preventive work, co-operation network among memory nurses, planning and implementation of care and needs of developing preventive dementia care. As to the development requirements the informants proposed further development of dementia care and hiring of more memory nurses in hospitals. Memory disorders should also be made more visible. In addition, clients should be guided and they should be given rehabilitation more actively. The informants also said that it would be important to support next of kin and develop group activities for the clients and their next of kin.

The expertise of the memory nurses has never been studied in Northern Ostrobothnia before. The thesis disclosed the work description of the memory nurses and through this study the work of the memory nurses can be developed further. By improving certain aspects of the services the progression of the dementia can be slowed down and the client can stay at home longer. Post thesis subjects could be the experiences of the memory nurses' customers about the care they have received. Close relatives' evaluation about the guidance and support could be one of the subjects, too.

Keywords: Memory nurse, dementia, preventative

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO	7
2 MUISTIHOITAJANA ENNALTAEHKÄISEVÄSSÄ HOITOTYÖSSÄ.....	9
2.1 Muistiasiakas ja omainen	9
2.2 Yleisimmät etenevät muistisairaudet	10
2.3 Ennaltaehkäisevä hoitotyö	12
2.3.1 Muistihoitajan työ	13
2.3.2 Muistihoitajan ohjauksen osa-alueet	14
2.3.3 Muistiasiakkaan tutkiminen	17
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	19
4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN.....	20
4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä	20
4.2 Tiedonantajien valinta	20
4.3 Aineiston keruu teemahaastattelulla	21
4.4 Aineiston analyysi	22
5 MUISTIHOITAJIEN OSAAMINEN JA TARPEET ENNALTAEHKÄISEVÄN TYÖN KEHITTÄMISELLE	25
5.1 Tärkeimmät tehtävät ja työn tärkeys	26
5.2 Vuorovaikutuksen perusta.....	28
5.3 Hoidon arvioinnin tarpeet ja välineet muistihoitajien työssä.....	29
5.4 Ohjaamisen ja tuen sisällöt ennaltaehkäisevässä muistihoitotyössä	31
5.5 Yhteistyöverkosto ja hoidon suunnittelu sekä toteutus	35
5.6 Tarpeet ennaltaehkäisevän muistihoitotyön kehittymiselle	37
6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA	41
6.1 Tärkeimmät tehtävät ja työn tärkeys	41
6.2 Vuorovaikutuksen perusta.....	41
6.3 Hoidon arvioinnin tarpeet ja välineet muistihoitajien työssä.....	43
6.4 Ohjaamisen ja tuen sisällöt ennaltaehkäisevässä muistihoitotyössä	44
6.5 Yhteistyöverkosto ja asiakkaan hoitoa koskeva arviointi	45
6.6 Tarpeet ennaltaehkäisevän muistihoitotyön kehittymiselle	45

7 POHDINTA	48
7.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	49
7.2 Jatkotutkimus ehdotukset	53
LÄHTEET	54
LIITTEET	62

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyessä muistisairaudet lisääntyvät ja tarvitaan lisää palvelupaikkoja ja henkilökuntaa. Tällä hetkellä muistisairauksiin sairastuu Suomessa vuosittain jo 13 000 henkilöä ja on ennustettu, että vuonna 2015 vähintään keskivaikeasti dementoituneita on jo yli 130 000. Tuolloin muistisairauksista koituisi yhteiskunnalle kustannuksia arvioituna lähes 3,9 miljardia euroa. Muistisairaiden ihmisten hoitoon tarvitaan ammatillista osaamista ja inhimillisiä voimavaroja, sillä osaamisella ja asenteilla on suuri merkitys muistisairaiden ihmisten hyvinvointiin. Tulevaisuuteen voidaan varautua tiedon- ja taidon kehittämisellä, jolloin osataan tunnistaa ajoissa muistioireet, selvittää niiden syyt ja hoitaa asiantuntevasti. (Iivanainen 2010, 42; Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Soininen 2006a, 5; Suomen muistiasiantuntijat, hakupäivä 23.2.2012.) Muistisairauksien ennaltaehkäisy on tullut ajankohtaiseksi aiheeksi vasta noin kymmenen vuotta sitten. Pitkäaikaisissa seurantatutkimuksissa on tullut esille, että elämäntavoilla, kuten liikunnalla ja ravitsemuksella voidaan vaikuttaa muistisairauksien syntyyn hidastavasti jopa 3–5 vuodella. (Muistiliitto, hakupäivä 14.2.2012.)

Työskennellessämme vaikeasti dementoituneiden henkilöiden parissa, olemme kiinnostuneet siitä, kuinka muistisairauksia voidaan ennaltaehkäistä ja vaikuttaa niiden etenemiseen. Valitsimme opinnäytetyön aiheen yhteisen kiinnostuksen pohjalta, koska aihe on ajankohtainen ja tarpeellinen ikääntyneiden määrän lisääntyessä yhteiskunnassamme. Kävimme keskustelemassa Oulun seudun muistiyhdistyksessä muistiasiantuntija Maarit Lampelan kanssa, joka oli samaa mieltä kanssamme. Mielenkiintoamme lisäsi myös se, ettei aihetta oltu tutkittu aiemmin Pohjois-Pohjanmaalla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa muistihoitajien osaamisesta ja kehittämistarpeista ennaltaehkäisevään työhön. Tarkoituksena oli kuvailla muistihoitajien osaamista ja työn kehittämistarpeita muistisairaana asiakkaan ennaltaehkäisevässä työssä.

Opinnäytetyöstä on hyötyä, sillä tulokset toivat esille muistihoitajien työkuvan ja sitä kautta muistihoitajien työtä voidaan kehittää. Tuloksissa tulee esille palvelutarpeita, joiden kehittämisellä voidaan hidastaa muistisairauksien etenemistä ja siten parantaa asiakkaiden selviytymistä pitempään kotona. Opinnäytetyömme avulla koemme myös saa-

vamme valmiuksia tulevaisuudessa työskennellä muistisairauksien ennaltaehkäisevässä työssä. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan ihmiselle, jolla on todettu muistisairaus ja hänen läheisille on turvattava mahdollisuus ensitietoon ja apuun. Lisäksi henkilön tulee tarvittaessa saada palvelutarpeen arviointia ja häntä tulee ohjata palveluihin sairauden kaikissa vaiheissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 28-29.)

2 MUISTIHOITAJANA ENNALTAEHKÄISEVÄSSÄ HOITO- TYÖSSÄ

2.1 Muistiasiakas ja omainen

Muistiasiakkaalla tarkoitamme tässä työssä henkilöä, jolla on muistihäiriö tai -sairaus. Muistin heikkeneminen herättää usein kysymyksiä. Jos huolestuu muistin toiminnasta olisi syytä selvittää, mistä muistin ongelmat johtuvat. Muistin heikkeneminen voi johtua myös etenevästä muistisairaudesta, johon on tarjolla asianmukaista hoitoa. Aikainen puuttuminen ja hoito auttavat hidastamaan sairauden etenemistä ja sillä voidaan hidastaa sairauden puhkeamista 3–5 vuodella. (Erkinjuntti, Alhainen & Rinne 2004, 11, 13; Muistiliitto, hakupäivä 14.2.2012.)

Ennaltaehkäisevässä työssä keskitymme kotona asuviin avo-hoidon asiakkaisiin. Laitoshoitoon joutuu noin 40-50 % muistiasiakkaista, joilla käytösoireet pahentuvat eli esimerkiksi ärtyvyys lisääntyy, esiintyy poikkeavaa käyttäytymistä ja persoonallisuus muuttuu. Vaikeita käytösoireita ilmenee noin 90 %:lla kaikista muisti-asiakkaista. Käytösoireet kuormittavat läheisiä ja hoitajia eniten, joten sen vuoksi ne ovat tavallisin syy laitoshoidon joutumiselle. Asianmukaisilla ja tarkoituksenmukaisesti kohdennetuilla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla voidaan parantaa myös muistioireisten henkilöiden kotona selviytymistä nykyistä pidempään ja viivästyttää laitoshoidon siirtymistä. (Käypä hoito 2010, hakupäivä 2.4.2012; Viramo & Sulkava 2010, 28, 35; Vuori & Eloniemi-Sulkava 2003, 9; Sosiaali ja terveysministeriö 2008, 28.)

Omaiset ovat arvokkaassa asemassa muistisairaana rinnalla ja heidän tukenaan. Läheiselle voi olla raskasta huomata, kuinka esimerkiksi oman äidin muisti alkaa huonota ja kun hän ei enää tunnista perhettään. Muistisairaus ilmenee aina yksilöllisesti ja vaikuttaa vahvasti kaikkien läheisten arkeen. Omaisille muistiasiakkaasta huolehtiminen on raskasta, sillä riski masennukseen, suruun ja yksinäisyyteen on suurempi kuin sellaisilla ihmisillä, jotka eivät huolehdi muistisairaasta. Monesti jo ennen muistisairauden diagnoosia mielenkiinto läheisiä kohtaan voi vähentyä ja tämän seurauksena omaisille voi syntyä väärinymmärryksiä. Muistin heikentymisen vuoksi arki kotona voi muuttua epä-

varmaksi ja vetäytymistä muiden seurasta voi ilmetä. Muistisairasta on helpompi ymmärtää, kun hankkii riittävästi tietoa sairaudesta ja sen tuomista muutoksista. (Pulliainen, Kuikka, Salo, Viramo & Erkinjuntti 2001, 527-535; Eloniemi-Sulkava 2002, 49,53-54; Kuikka, Pulliainen, Salo & Erkinjuntti 2007, 4097-4102; Käypä hoito 2010, hakupäivä 2.4.2012; Eettisten näkökohtien työryhmä 2009, hakupäivä 7.4.2012.) Läheisiltä saatava tieto on tärkeää muistihäiriötutkimuksissa ja läheisten on helpompi huomioida ja seurata esimerkiksi muistiasiakkaan käyttäytymistä (Kuikka ym. 2007, 4101; Lu & Herr 2012, 8-12).

2.2 Yleisimmät etenevät muistisairaudet

Dementia tarkoittaa laajaa henkisten toimintojen heikkenemistä, sen oireita ovat muistihäiriöt ja siitä seuraa esimerkiksi arjessa selviytymisen vaikeutta. Dementia on oireyhtymä, ei siis erillinen sairaus. (Soinila 2009, 244, 413.) Dementiaa on ohimenevää, etenevää ja pysyvää tilaa. Oireyhtymällä saattaa olla useita aiheuttajia ja erilaisia aivomuutoksia sekä aivotoimintojen heikentymistä verrattuna henkilön suoriutumiseen ennen dementiaa. Dementia heikentää työssä selviytymistä ja sosiaalista kanssakäymistä. (Erkinjuntti, Rinne, Soininen 2010, 87.)

Alzheimerin tauti on yleisin dementiasairaus ja kaikista dementiasairauksista se on noin 70 prosentilla. Iän myötä sairastumisriski kasvaa. Alzheimerin tyyppisiä on useita, mutta yleisin on muistipainotteinen taudinmuoto, sitä esiintyy noin 85 %:lla taudin sairauksista. Kliininen oirekuva on mahdollista jaotella eri vaiheisiin: oireettomaan, varhaiseen, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. Muistitoiminnot ovat jokaisessa taudin vaiheessa vaurioituneet eniten kognitiivisen toiminnan osa-alueelta. Oirekuvan tunteminen on oleellista sen vuoksi, koska se antaa tietoa taudin etenemisestä ja oheissairauksien hoidosta. (Käypä hoito 2010, hakupäivä 4.3.2012.)

Alzheimerin taudin alkuvaiheessa ihmiset kokevat muistivaikeuksia ja heillä voi olla persoonallisuusmuutoksia. Tauti voidaan määritellä oirekuvan perusteella. Myöhemmin Alzheimerin tautia sairastavat voivat kokea vaikeaksi keskustelemisen, koska puheen tuottamisen vaikeudet kuuluvat oireiden etenemiseen. Jokapäiväisten askareiden tekeminen ja ihmisten, paikkojen sekä tilanteiden tunnistaminen on vaikeutunutta. Tässä

vaiheessa perheenjäsenet yleensä auttavat esimerkiksi kaupassa käymisessä ja laskujen maksamisessa. Taudin kehittyessä pidemmälle he kokevat paljon enemmän vaikeuksia muistissa ja ihmisten tunnistamisessa. He eivät esimerkiksi osaa käydä vessassa ja tulevat riippuvaiseksi toisesta ihmisestä päivittäisissä toiminnoissa. Alzheimerin yleisiä oireita ovat myös psyykkiset häiriöt, kuten levottomuus, masennus ja ahdistuneisuus. (Adams, 2008, 3-4; Käypä hoito 2010, hakupäivä 4.3.2012.)

Alzheimerin taudin jälkeen **frontotemporaalinen degeneraatio** on työikäisten toiseksi yleisin aivojen pinnallisia osia vaurioittava ja dementiaan johtava sairaus. Frontotemporaalisessa degeneraatiossa aivojen otsalohkot vaurioituvat ja siitä johtuvat häiriöt aivoissa, mitkä johtavat dementiaan. Frontotemporaalinen degeneraatio jaotellaan kolmeen eri taudin kuvaan, jotka ovat: frontotemporaalinen dementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia. (Rinne 2006, 169, 172; Remes 2010, 8.1.2011.)

Frontotemporaalinen dementia alkaa noin 45–65 ikävuoden välillä ja puolella sairastuneista sitä esiintyy suvussa. Tyypillisiä oireita ovat persoonan ja käyttäytymisen muutokset esimerkiksi tunteet heikentyvät ja arvostelukyky laskee. Sairastuneella voi esiintyä masennusta ja puhehäiriöitä, jolloin puheen tuotto heikentyy sekä myöhemmässä vaiheessa voi esiintyä jopa mutismia eli puhumattomuutta. Etenevässä, sujumattomassa afasiassa keskeisin piirre on puheentuoton häiriö ja sanojen löytämisen hankaluutta voi myös esiintyä. Semanttisessa dementiaassa henkilöllä on sanojen merkitys kadonnut ja keskeistä on, että visuaaliseen muistiin tulee häiriöitä, esimerkiksi kasvojen tunnistaminen on vaikeaa. Muisti tosin voi toimia edelleen alussa hyvinkin afasiassa ja semanttisessa dementiaassa. Kaikissa näissä kolmessa alkuvaiheen oireista puuttuu tunnusomainen muistihäiriö, mikä vaikeuttaa taudin tunnistamista. Frontotemporaalisen degeneraation lääkehoito kohdentuuakin käytösoireiden hoitoon masennus- ja psykoosilääkkeillä eikä varsinaisesti tyypilliseen dementiaan hoitoon. (Erkinjuntti, Rinne, Alhainen & Soinen 2006b, 377–378; Rinne 2006, 169,172.)

Vaskulaarinen dementia syntyy infarktien aiheuttamista kudostuhoista aivoissa. Sairauden kliinisessä kuvassa näkyy tavallisesti melko nopea alku, fyysisiä ja psyykkisiä oireita sekä neurologisia ongelmia. Tavallista on ”töpöttävät” lyhyet askeleet, puhehäiriöt ja nielemisvaikeudet. Häiriöt suunnitelmallisuudessa ovat tyypillisiä. Vaikeus järjestelmällisyydessä ja kokonaisuuksien ymmärtämisessä aiheuttaa usein sen, että asioita

ei saa hoidettua. Muistivihjeet toimivat hyvin ja ovat pitkään apuna toiminnan ohjaamisessa. Vaskulaarista dementiaa sairastavilla älyllinen toiminta heikentyy nopeasti, mutta Alzheimerin tautiin verrattuna muisti säilyy paremmin. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 120; Erkinjuntti, Heimonen & Huovinen 2006, 98, 100.)

Lewyn kappale -dementian nimi tulee siitä, että aivojen kuorikerroksella on havaittu mikroskooppisia muutoksia, Lewyn kappaleita. Niitä on tavallisesti otsa-, ohimo- ja pääläenlohkolla. (Erkinjuntti ym. 2006, 98, 101.) Lewyn kappale -dementia todetaan yleensä 50–80-vuotiailla henkilöillä. Naisilla sairaus on harvinaisempi kuin miehillä. Sairauden kuvaan kuuluu tärkeimpinä kognitiivisten kykyjen, vireystilan ja tarkkaavaisuuden heikkeneminen. Muisti heikentyy hitaasti sairauden edetessä. Lewyn kappale -dementiassa on lisäksi myös epileptisiä kohtauksia, Parkinsonin taudin tyyppistä jäykkyyttä ja näköharhoja. Taudin diagnoosiin voi viitata muista muistisairauksista eroava REM-unen aikana esiintyvä käytösoire. (Iivanainen 2010, 120; Erkinjuntti ym. 2010, 159–160.)

2.3 Ennaltaehkäisevä hoitotyö

Ennaltaehkäisevä hoitotyö on arvokasta ja tärkeää etenkin muistiasiakkaalle. Jo ennen mahdollista muistisairautta jokainen voi omilla valinnoilla vaikuttaa primäärisesti sairauden puhkeamiseen. Terveelliset elämäntavat ovat ennaltaehkäisyn kulmakiviä, mutta esimerkiksi perintötekijöille emme mahda mitään. Ihmisen sairastuessa muistisairauteen sekundäärinen ennaltaehkäisyn tärkeys korostuu. Muistisairauden etenemistä voidaan hidastaa esimerkiksi hoitamalla muut sairaudet hyvin, jatkamalla aktiivista toimintaa ja sosiaalisella kanssakäymisellä. (Alhainen, hakupäivä 10.4.2012; Käypä hoito 2010, hakupäivä 2.4.2012.)

Nykyään tiedetään, että sosiaalisilla, fyysisillä ja henkisillä toiminnoilla on kaikilla merkitystä muistisairauksien ehkäisyssä (Erkinjuntti ym. 2006, 129). Tavoitteena ennaltaehkäisyssä on varhainen diagnosointi, jotta muistisairaudet voidaan huomata ja mahdollisesti parantaa. Varhaisen diagnosoimisen avulla voidaan estää sairauden etenemistä huonompaan suuntaan ja parantaa kotona selviytymistä. Ikääntyneiden kognitiivisia toimintoja edistää sosiaalisuus, esimerkiksi osallistuminen erilaisiin ryhmiin. Vanhusten jokapäiväiseen elämänrytmiin tulisi kuulua yhteydenpito muihin ihmisiin. Yhteydenpi-

tomuotoja ovat ryhmätapaamisten lisäksi myös esimerkiksi erilaiset kerhot, tapahtumat ja liikuntatuokiot. (Erkinjuntti & Viramo 2010, 52; Suhonen ym. 2008, 22; Salonen 2007, 87.)

Hyvät elämäntavat ovat muistisairauksien ennaltaehkäisyn perusta. Riittävä liikunta estää kognition heikentymistä ja korkealla koulutustasolla ja psyykkisellä aktiivisuudella voidaan turvata kognitiivisten toimintojen säilymistä. Tiedetään myös, että terveellisellä ruokavaliolla sekä nukkumalla tarpeeksi voidaan vaikuttaa myönteisesti muistin toimintaan. Negatiivinen suhtautuminen elämään, ainainen kiire sekä stressi väsyttävät aivoja ja siten vaikuttavat myös muistiin. AivoterveYTEEN tulisi alkaa kiinnittää huomiota mieluiten ennen keski-ikää, jolloin vaaratekijöiden huomioiminen ja niiden hoito on keskeistä. Aina ei kuitenkaan voida vaikuttaa sairauden syntyyn, mutta henkilökohtaisilla valinnoilla tiedetään olevan merkitystä. (Erkinjuntti ym. 2006, 22, 124; Suhonen ym. 2008, 18.)

Pessin (2011, 57, 64, 68) pro gradu tutkielmassa tarkasteltiin muistipotilaan hoidon ja palveluiden nykytilannetta. Pessin mukaan muistisairauksien ennaltaehkäisy on vielä varsin heikosti huomioitu. Ammattihenkilöstön muistisairausosaaminen ja sen kehittäminen ovat hyvin heikolla huomiolla, mikä osaltaan todennäköisesti heikentää muistisairauksien varhaista tunnistamista. Muistiasiakkaiden palveluissa kuntien tulisikin kiinnittää huomiota erityisesti muistisairauksien ennaltaehkäisyn keinoihin, omaishoitajien auttamiseen ja palveluihin sekä muistiasiakkaita kohtaavien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten koulutukseen.

2.3.1 Muistihoitajan työ

Muistiliitto on antanut nimikesuosituksen muistihoitajan koulutukselle vuonna 2007. ”Muistihoitajia ovat ne sosiaali- ja terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneet hoitajat, jotka toimipaikassaan vastaavat muistihäiriöihin liittyvistä asioista ja jotka ovat saaneet dementia-työn syventävän koulutuksen” (Muistiliitto, hakupäivä 23.2.2012).

Muistihoitajat toimivat terveydenhoidossa muistisairaiden ihmisten hoitajina ja neuvontatyössä. He työskentelevät lääkärin työparina muistisairauksien tunnistamisessa tehden toimintakyvyn arviointia. Tarvittaessa he järjestävät ensitietokursseja ja kartoittavat tu-

kipalveluiden tarvetta sekä konsultoivat ammattilaisia. Muistihoitajat antavat sairauden alkuvaiheessa tietoa, ohjausta ja neuvontaa. Tarkoitus on, että sairastunut ja läheiset ymmärtävät, mistä sairaudesta on kyse ja mitä on odotettavissa. Muistineuvonta on tavoitteellista ja ohjaavaa neuvontaa, jossa keskeistä ovat muistitestaukset, poliklinikkatapaamiset ja puhelinneuvonta sekä ennaltaehkäisy. (Muistiliitto, hakupäivä 8.9.2011; Karhumaa 13.2.2012, luento.)

Muistikoordinaattorit vastaavat muistiasiakkaan hoidon kokonaisuudesta säännöllisillä kontrollikäynneillä, joihin kuuluu asiakkaan voinnin seuranta sekä ohjaus. Muistikoordinaattori on terveys- tai sosiaalialan ammattihenkilö, joka toimii lääkärin työparina. Hänen toimenkuvaan kuuluu muistiasiakkaan hoidon koordinointi sekä sairauden etenemisen tuomien ongelmien ennakointi ja ratkaiseminen arkielämässä yhteistyössä omaisten kanssa. (Käypä hoito 2010, hakupäivä 2.4.2012.)

Suomessa on tehostettu muistisairauksien diagnostiikkaa viime vuosina. Hoitoketjut eivät ole kuitenkaan olleet kovin ehyitä ja muistipotilaiden hoito on keskeytynyt diagnoosin jälkeen. Tärkeää olisi, että asiakkaat saisivat ammattitaitoisen hoidon lisäksi selkeän hoitoketjun, sillä se edistäisi tukevien toimenpiteiden järjestämisen sairastuneelle ja hänen omaiselle. Muistipotilaalle tulisi olla nimettynä yhteistyötaho, joka on vastuussa kokonaisvaltaisesti hoidosta ja näin potilas tietää, keneen ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Onnistunut hoito on suunniteltu asiakkaiden ja heidän läheisten tarpeista lähtien, silloin se palkitsee asiakkaan lisäksi myös hoitajan. (Suhonen ym. 2008, 9-10.)

2.3.2 Muistihoitajan ohjauksen osa-alueet

Ravitsemus kuuluu osana hyviin elämäntapoihin, ja terveellisellä ruokavaliolla on suojaavia tekijöitä muistisairauden syntyyn sekä etenemiseen. Muistin toiminnan kannalta on hyvä suosia ruokavaliota, joka on sydänystävällistä, koska aivot eivät pidä eläinrasvoista. Ruokavalion on siis hyvä koostua hedelmistä, vihanneksista, kuiduista ja kasviöljyistä. Aivojen toiminnalle hedelmät ja vihannekset ovat tärkeitä, sillä ne sisältävät luontaista sokeria. Kuidut ovat myös tärkeitä ja niitä saa esimerkiksi puurosta ja täysjyväpastasta. Rasvaista lihaa ja suolaa tulee välttää, niiden sijaan ruokavaliossa on hyvä suosia kanaa ja kalaa. (Erkinjuntti ym. 2006, 124–126.)

Painonlasku on tyypillistä muistisairauden edetessä. Laihtuminen vaikuttaa elämänlaatuun, se aiheuttaa toimintakyvyn heikentymistä ja infektioille altistumista. Suuri osa Alzheimerin tautiin sairastuneista laihtuu heti taudin alkuvaiheessa. Painon laskiessa kovasti, voi ottaa käyttöön lisäravinteita. (Suominen 2006, 87; Högström & Granö, 2009, 7.)

Ihmisen jokapäiväiseen elämään vaikuttaa **liikunta** positiivisella tavalla ja se auttaa jaksamaan arjessa sekä ylläpitää terveyttämme. Liikunnan tulee olla tarpeeksi monipuolista ja säännöllistä, jotta saamme aikaan terveydelle parhaat mahdolliset hyödyt ja voimme säilyttää muistin toiminnan pitempään. Liikkuminen on syytä ottaa tavaksi jo keski-iässä, sillä silloin saadaan suurimmat vaikutukset muistin toiminnan säilyttämiseen. Liikuntaa suositellaan harrastettavaksi päivittäin, mutta suositus olisi ainakin kolme kertaa viikossa. Hyviä liikuntamuotoja ikääntyneille olisi esim. kävely, hiihto, uinti, tanssi ja koordinaatiota vaativat pallopelit. Liikuntalaji on parhainta valita omien mielenkiinnoin kohteiden mukaan, niin että lajista nauttii eikä siihen kyllästy. Muistisairauden riskitekijöitä ovat muun muassa tyypin 2 diabetes ja sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet. Liikunnalla voidaan ehkäistä edellä mainittuja sairauksia ja siten ehkäistä muistisairautta. (Kantaneva 2010, 7; Muistiliitto, hakupäivä 7.4.2012; Vuori 2006, 129.)

Ikääntynyt pitää normaalia **untaan** laadullisesti huonona ja jopa 50 % valittaa, että kärsii tilapäisestä unettomuudesta. Sairaudet, esimerkiksi dementia, vaikuttavat unen laatuun ja siitä aiheutuva unettomuus näkyy muun muassa psyykkisinä oireina, joita ovat muistin heikentyminen, virheiden määrän kasvaminen ja tarkkaavaisuuden väheneminen. Muistisairaudet kasvattavat unen määrää ja ihminen ei jaksaa, jos ei nuku riittävästi. Aivojen toiminnalle normaali yöuni on tarpeellista ja etenkin unessa muistissa tapahtuu merkittävästi asioita. Unessa muistijäljet tarkentuvat, aktivoituvat, niitä analysoidaan ja ne tallentuvat pitkäkestoiseen muistiin. (Erkinjuntti ym. 2006a, 133; Eskelinen 2010, Hakupäivä 7.1.2011.)

Yöunen määrä vaihtelee ihmisillä, normaalisti aikuinen nukkuu 7–8,5 tuntia. Terve ihminen nukahtaa yleensä vajaassa tunnissa ja on yön aikana hereillä puolisen tuntia. Jatkuvan tai pitkäkestoisemman unettomuuden taustalla on muun muassa jatkuvasti stressaava elämäntilanne, masennusta tai dementia. (Eskelinen 2010, Hakupäivä 7.1.2011.) Yöuni lyhenee puoleen ikääntyneillä, mutta unen tarve ei pienene ikääntymisen myötä.

Monet korvaavatkin lyhentyneen yöunen päiväunilla. Syvä uni vähenee ja unijaksoista tulee katkonaisia. Ulkoiset syyt häiritsevät herkästi vanhuksen unta ja herääminen kesken unta yleistyy. (Eskelinen 2010, Hakupäivä 7.1.2011.)

Stressi tarkoittaa kuormitusta, jossa ihmiseen kohdistuu valtavasti haasteita ja vaatimuksia. Silloin sopeutumiseen käytettävissä olevat voimavarat ovat tiukoilla tai ylittyvät. Suurin osa tutkijoista uskoo, että melkein mikä tahansa myönteinen tai kielteinen muutos voi vaikuttaa yksilöön stressaavasti. Mikään ärsyke ei sinänsä stressaa, vaan reaktio riippuu paljon yksilön vastustus- ja sietokyvystä, erityisesti näkökulmista ja asenteista. (Soinila 2003, 212–213; Korkeila 2008, Hakupäivä 12.1.2011.)

Kaikki stressi ei ole haitallista ja tärkeintä onkin, onko stressi satunnaista vai toistuvaa. Satunnaisesti esiintyvä stressi ei yleensä aiheuta ongelmia ja se saa ihmiset tekemään asiat monesti parhaalla mahdollisella tavalla. Pitkäaikainen stressi taas voi olla hyvinkin haitallista. Stressiin liittyviä psyykkisiä oireita ovat esimerkiksi muistiongelmien, ahdistuneisuus ja vaikeus tehdä päätöksiä sekä pitkittyneessä stressissä myös univaikeudet. Stressiin voi liittyä myös fyysisiä oireita, joita ovat päänsärky, hikoilu, huimaus ja flunssakierre. Stressin oireet häviävät yleensä itsestään ja tärkeintä on yleensä tilanteen rauhoittaminen esimerkiksi levolla. (Soinila 2003, 217; Korkeila 2008, Hakupäivä 12.1.2011.)

Stressin syitä voivat olla äkilliset elämänmuutokset, alituinen kiire ja liiallinen vastuu monista asioista sekä stressireaktion voi laukaista myös jokin traumaattinen tapahtuma esimerkiksi läheisen kuolema (Huovinen, Paananen & Huovinen 2006, 328). Hormonaalisten ja välittäjäainemuutosten kautta stressi vaikuttaa muistiprosesseihin ja –järjestelmiin. Stressi vaikuttaa myös muistijäljen muodostumiseen stressaavassa tilanteessa ja aistien kautta stressin vaikutukset välittyvät aivoihin. Toisinaan esiintyvä stressi ei kuitenkaan aina vaikuta muistiin vain kielteisesti vaan sillä on katsottu olevan myös edullisia vaikutuksia muistamisessa, kun taas pitkäkestoinen stressi heikentää muistin toimintaa. (Sallinen ym. 2006, Hakupäivä 12.1.2011.)

2.3.3 Muistiasiakkaan tutkiminen

Muistin oireillessa tulee jo varhain selvittää oireiden syy. Perusselvitykset tehdään käyttäen erilaisia arviointiasteikkoja, jotka huomioivat henkilön henkisen, psyykkisen, käyttäytymisen ja arkiselviytymisen osa-alueet. Laboratoriotutkimuksilla tutkitaan muistioireen syytä ja vointia heikentäviä seikkoja. Jos epäillään muistisairautta tehdään aina aivojen kuvantaminen. Tutkimuksista informoidaan asiakasta ja hänen läheisiään asianmukaisella tavalla. Muistioireet tunnistetaan perusselvitysten pohjalta ja sen jälkeen asiakas käy jatkoselvittelyissä, jotka ovat samat kuin Alzheimerin taudin Käypä hoito-suositukset. (Suhonen ym. 2008, 11.) Seuraavaksi on käsitelty esimerkinomaisia asteikoita, joita käytetään arveltaessa muistisairautta.

”Omatoimisuudella tarkoitetaan kykyä selviytyä jokapäiväisistä toimista (activities in daily living, ADL)”. **ADL** on laaja ja yksinkertainen toimintakyvyn asteikko, joka mittaa lievätkin häiriöt toimintakyvyssä. Muistihoitaja kartoittaa omatoimisuutta testeillä ja kyselemällä asioista muistiasiakkaalta ja tämän omaisilta. Omatoimisuus tarkoittaa perustoimintojen toteutumista esimerkiksi, että huolehtii omasta hygieniastaan, ruokailusta ja fyysisestä kunnostaan itsenäisesti. Lisäksi omatoimisuus edellyttää monimutkaisten tai instrumentaalisten toimintojen hallitsemista kuten taloudesta huolehtimista, teknistä ymmärtämistä vaativien kodinkoneiden käyttöä, yleistä työkykyä = **IADL** sekä sosiaalisia vuorovaikutustaitoja. (Erkinjuntti ym. 2010, 388–390; Käypä hoito 2010, hakupäivä 2.4.2012; Yoo 2011, 28–39.)

Läheiskysely täydentää muistiasiakkaasta saatavaa tietoa ja sen avulla saadaan olennainen tieto erityisesti muistisairauden vaikeusasteesta sekä muistiasiakkaan käyttäytymisestä kotona. Läheisen tai omaisen haastattelu on tärkeä osa muistiasiakkaan tilan selvitystä. Läheiskysely on lomake, jonka täyttää sellainen henkilö, joka tuntee muistiasiakkaan. Lähiomainen tuntee tutkittavan parhaiten ja osaa yleensä kertoa millaisia muistiongelmia arkipäivässä ilmenee. Pistemääriä ei lomakkeesta lasketa vaan se tarjoaa mahdollisuuden kuvata muistiasiakkaan selviytymistä kotona ja näin kartoitetaan toimintakyky arkielämässä. (Pulliainen ym. 2001, 527-535; Erkinjuntti ym. 2004, 68-74.)

Mini-mental state examination- asteikkoa (MMSE) käytetään terveydenhuollossa muistisairauden ensivaiheen kartoituksessa ja sillä on hyvin keskeinen sija Suomessa

kliinisessä tutkimuksessa. Testi on helppo ja nopea tehdä, minkä vuoksi se on hyvin yleisesti käytetty muistisairauden seulonnassa. MMSE ei sovellu kuitenkaan varhaisvaiheen muistiongelmien kartoitukseen vaan sillä seurataan jo edennyttä dementia-asteista muistisairautta. MMSE soveltuu siis lähinnä osaksi muistisairaiden tilan etenemisen seurantaan, mutta asiakkailla vaikeusasteen arviointi edellyttää myös jokapäiväisissä toimissa selviytymisen kartoitusta. (Hänninen & Pulliainen 2010, 360-361.)

MMSE:llä saadaan yleiskäsitys asiakkaan kognitiivisten taitojen heikentymisestä ja se sisältää pieniä tehtäviä, joilla arvioidaan esimerkiksi muistia, hahmottamista sekä kielellisiä toimintoja. Testin kokonaispistemäärä on 30 ja virheet vähentävät kokonaistulosta, jos tulos on alle 24, niin se on silloin yleensä poikkeava. Kuitenkin tuloksen ollessa 25-30 ja tutkittavalla on selvä muistioire tehdään jatkoselvittelyjä esimerkiksi CERAD -tehtäväsarjalla. (Hänninen & Pulliainen 2010, 361-362.)

CERAD on alun perin Yhdysvalloissa kehitetty Alzheimer-potilaille suunniteltu yhdeksän osan tehtäväsarja, jonka tavoitteena on kognitiivisten häiriöiden seuranta ja arviointi. CERADISTA on muokattu suomalaiseen käyttöön sopiva versio, jota muistihäiriöiden alkuvaiheentutkimuksissa hyödynnetään. (Hänninen ym. 2010, hakupäivä 23.2.2012; Tarnanen, Suhonen & Raivio 2010, hakupäivä 23.2.2012; Hänninen & Pulliainen 2010, 362.)

CERADIA käytetään välineenä, jonka avulla voidaan huomata jo varhaisvaiheessa olevat muistisairauden kognitiiviset muutokset. Sitä suositellaan käytännössä tehtäväksi perusterveydenhuollossa tai esimerkiksi muistipoliklinikalla ensimmäiseksi, jotta muistisairauden varhaiset merkit saataisiin diagnosoitua mahdollisimman aikaisin. (Pulliainen ym. 2007, hakupäivä 23.2.2012; Hänninen ym. 2010, hakupäivä 23.2.2012.) Tehtäväsarjassa testataan muun muassa kielellistä sujuvuutta, kokonaismuistia, hahmottamista ja kykyä oppia kertauksen avulla. Lopussa saadut pisteet antavat suuntaa viitearvoille, joiden avulla saadaan lisätietoa muistisairaasta. Tiedetään, milloin kannattaa tehdä seurantalutkimuksia tai saadaan selville, ettei henkilöllä ole muistihäiriötä aiheuttavaa sairautta. (Hänninen & Pulliainen 2010, 362-364.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla muistihoitajien osaamista ja työn kehittämistarpeita muistisairaana asiakkaan ennaltaehkäisevässä työssä.

Tutkimustehtävät:

1. Millaiseksi muistihoitajat kuvaavat osaamisen muistisairaana asiakkaan ennaltaehkäisevässä työssä?
2. Millaisia kehittämistarpeita muistihoitajat tuovat esille muistisairaiden asiakkaiden parissa tehtävässä ennaltaehkäisevässä työssä?

4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Tutkimus oli laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus, koska ihmistä haluttiin tutkia kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen peruskysymys kuuluukin ”miten minä voin ymmärtää toista?”. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 68.) Tarkoituksena oli kuvailla muistihoitajien osaamista ja työn kehittämistarpeita muistisairaana asiakkaan ennaltaehkäisevässä työssä. Tuloksissa tärkeänä pidettiin henkilökohtaisten mielipiteiden näkymistä ja todellisuena koettua elämää. Tämä onkin kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkoituksena, että paljastetaan ja löydetään tosiasioita, kuin että vain todennettaisiin jo tutkittuja mielipiteitä. Kiinnostuksen kohteena olivat yksilön kokemukset ja tiedonantajien näkökulman esiin tuominen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160–161.)

Kvalitatiivista tutkimusta on luonnehdittu pehmeäksi ja joustavaksi, koska suunnitelmia voi muuttaa tutkimuksen edetessä olosuhteiden mukaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa suositetaan ihmistä tiedon hankkimisen lähteenä ja luotetaan enemmän havaintoihin sekä keskusteluihin tutkittavien kanssa, kuin esimerkiksi testeillä hankittavaan tietoon. Tutkimuksessa näkyy luonnollisuus, sillä materiaali on kerätty todellisista tilanteista kokonaisvaltaista tiedonhankintamenetelmää käyttäen. Läheinen kontakti haastateltavien kanssa on mahdollistanut tiedonantajien omien kokemusten esiin tuomisen. (Hirsjärvi ym. 2009, 160–162, 164.)

4.2 Tiedonantajien valinta

Tutkimuslupa saatiin keväällä 2012 ja haastattelut tehtiin samana keväänä. Yhteistyökumppanina ja toimeksiantajana toimi Oulun seudun muistiyhdistys ja Muistiluotsista muistiasiantuntija Maarit Lampela. Häneltä saatiin hyviä ehdotuksia muistihoitajista, joita voitiin pyytää haastateltaviksi, sillä hän oli työnsä puolesta kontaktissa Pohjois-Pohjanmaan muistihoitajien kanssa. Kriteerinä tiedonantajille oli, että he ovat etenevien muistisairauksien hoitoon perehtyneitä ammattihenkilöitä ja olivat nimettynä muistihoi-

tajiksi omissa toimipaikoissaan. Muistihoitajia on vähän, joten liian tiukkoja kriteerejä valinnalle ei asetettu esimerkiksi koulutuksen suhteen.

Ehdotusten pohjalta lähetettiin sähköpostia haastateltaville ja vastauksia tuli neljä. Muistihoitajat kertoivat sähköpostissa mielenkiinnostaan osallistua tutkimukseen. Tämän jälkeen lähetettiin vielä tarkempaa tietoa tutkimukseen osallistumisesta ja kaikkien haastateltavien kanssa oltiin puhelimitse yhteydessä. Tutkimuksesta tiedotettiin kertomalla haastateltaville tutkimuksen aiheesta, tarkoituksesta, tiedonantajien oikeuksista, tutkimusmenetelmästä ja tietosuoja-asioista. Ennen haastattelua he saivat myös tutustua teemahaastattelurunkoon (Liite 1.), jossa oli esiteltynä teemat, joita kysymykset koskivat.

Kohderyhmänä oli Pohjois-Pohjanmaalta neljä muistihoitajaa. Muistihoitajalla tarkoitamme etenevien muistisairauksien hoitoon perehtynyttä terveydenalan ammattilaista. Tiedonantajat työskentelevät muistisairauksien tunnistamisessa, hoidossa, neuvonnassa ja seurannassa. (Suhonen ym. 2008, 10.) Heidän työnkuvansa poikkesivat hieman toisistaan, esimerkiksi toiset haastateltavista tekivät kotikäyntejä ja toiset eivät tehneet. Yhteistä heillä kaikilla oli kuitenkin muistitestien tekeminen. Tavoitteena oli saada 3–5 haastateltavaa ja saimme haastateltaviksi neljä henkilöä. Haastattelut toteutettiin heidän työpaikoillaan käytännön syistä. Näin saatiin haastattelu aika, joka sopi heidän työaikaansa parhaiten. Haastattelut kestivät 40–60 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin ja nauhurin toimivuus testattiin ennen haastattelun aloitusta sekä haastattelun aikana.

4.3 Aineiston keruu teemahaastattelulla

Haastattelumuotona käytettiin teemahaastattelua ja teemat perustuivat hankittuun teoria-tietoon muistisairauksien ennaltaehkäisystä. Teemahaastattelurunko (Liite 1.) oli tehty muistisairauksien Käypä hoitoon pohjautuen. Haastattelumuodoksi valittiin teemahaastattelu, koska tiedossa oli tietyt aihepiirit, joihin haluttiin vastaus. Tärkeänä pidettiin, että muistihoitajat voivat vapaasti kertoa aiheista, joten kysymyksiä ei asetettu tarkkaan muotoon. Tiettyjen teemojen kautta etsittiin vastauksia tutkimustehtäviin. Teemat olivat muistihoitajien vuorovaikutus-, kliininen ja terveydenhoidon osaaminen ja ennaltaehkäisevä työ sekä yhteistyö- ja eettinen osaaminen. Lisäksi teemana olivat kehittämistarpeet muistisairauksien ennaltaehkäisemisessä. (Hirsjärvi ym. 2009, 208.)

Mitä syvemmälle haastattelussa päästiin haastateltavien kanssa, sitä runsaampi oli kertynyt aineisto ja muu muistiin talletettu materiaali. Kaikkea materiaalia, jota tutkijoina saatiin haastatellen, nauhoittaen ja havainnoimalla ei tarvinnut analysoida, koska tutkijan ei tarvitse kyetä hyödyntämään kaikkea keräämäänsä aineistoa. Runsas aineisto teki analyysivaiheen haastavaksi ja työlääksi sekä näin useat tutkijat myös kokevat analyysivaiheen erittäin paljon aikaa vieväksi. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 135.) Tämän takia haastattelujoukko pyrittiin säilyttämään suhteellisen pienenä, jotta analyysivaihe ei veisi suhteettoman paljon aikaa.

Muistihoitajien kokemuksia haluttiin tutkia haastattelemalla, koska tutkittavat saivat näin itse kertoa tutkimusta koskevista aiheista. Haastattelun etuna oli suora vuorovaikutus muistihoitajien kanssa ja tutkimuksessa säilyvä joustavuus. Etuna oli myös muihin tiedonkeruumenetelmiin se, että haastattelun etenemistä pystyttiin säätelemään ja mahdollisesti myös aiheiden järjestystä. Tärkein perustelu tämän menetelmän valinnalle oli se, että vastauksia voitiin tarkastella ja tutkittava voi kertoa aiheesta laajemmin kuin esimerkiksi kyselylomakkeen avulla. (Hirsjärvi ym. 2009, 204–205.)

4.4 Aineiston analyysi

Tutkimuksessa käytettiin teoriasidonnaista lähestymistapaa, joten siinä näkyy teoria- että aineistolähtöisen analyysin piirteitä. Aineiston analyysi ei siis kokonaan perustu teoriaan, mutta teemahaastattelurunko on tehty teorialähtöisesti eli deduktiivisesti. Aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysi-menetelmää käyttäen. Haluttiin käyttää teoriasidonnaista lähestymistapaa, sillä näin teoriasta saatiin selityksiä aineistolähtöisten tulkintojen tueksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–93; Menetelmäopetuksen tietovaranto, hakupäivä 14.1.2012.) Sisällönanalyysia voidaan käyttää perusmenetelmänä kaikissa laadullisen tutkimuksen analysoinnissa. Sen avulla tehdään monenlaisia tutkimuksia ja sisällönanalyysin sanotaankin perustuvan kvalitatiivisessa tutkimuksessa yhteen keskeimpään analyysimuotoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–93.)

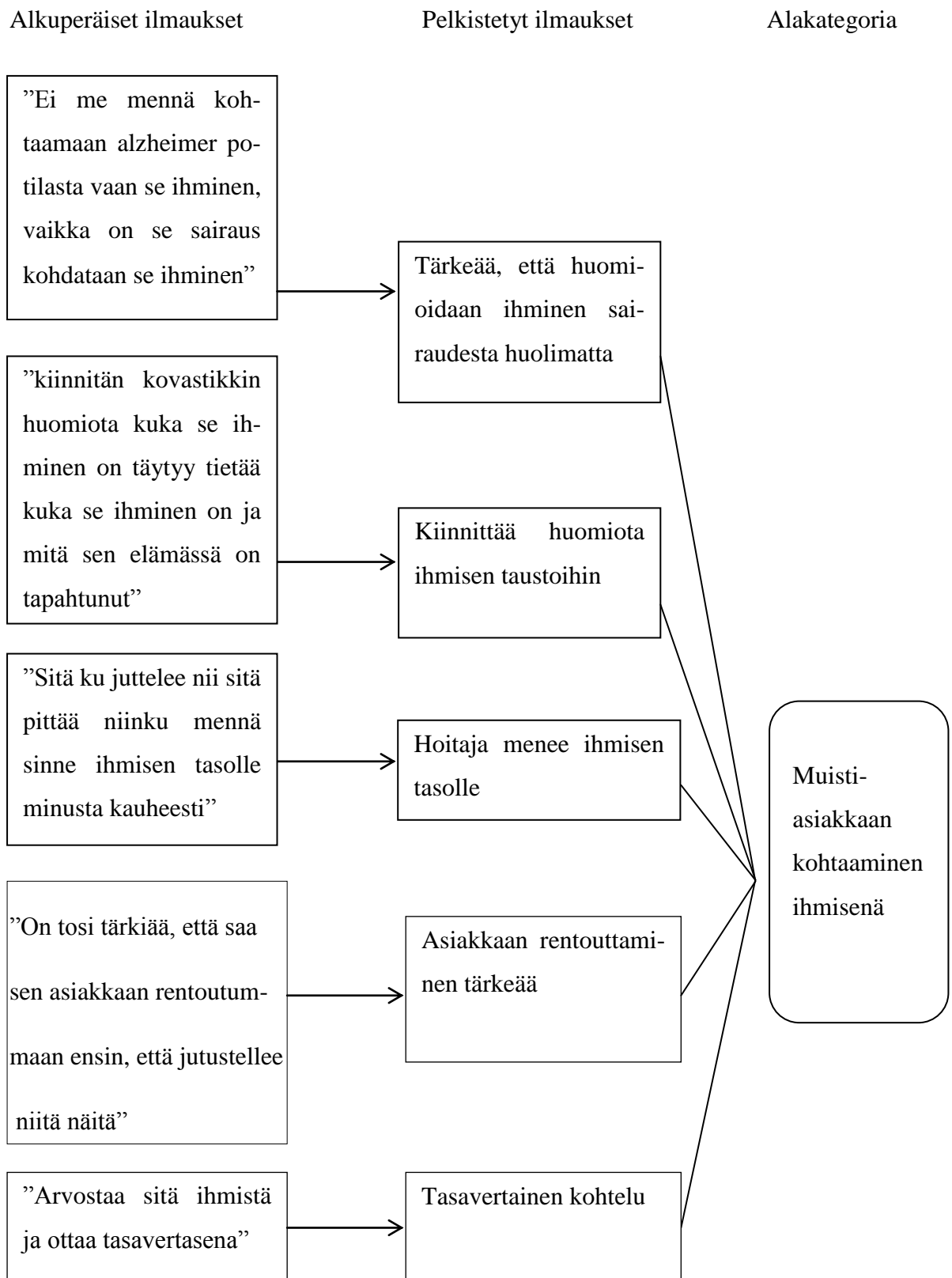
Aineisto analysoitiin niin, että aluksi **litteroitiin** eli kirjoitettiin sanasta sanaan nauhoittamamme haastattelut puhtaaksi. Aineisto luettiin useaan kertaan läpi, jotta löydettiin tutkittavan keskeisin sisältö kaiken muun materiaalin ohesta. Kun analyysitapa oli mietitty etukäteen, silloin sitä voitiin hyödyntää haastattelun ohjenuorana ja litterointia

suunniteltaessa. Litteroitua tekstiä tuli fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,5 yhteensä 55 sivua. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 135.)

Aineistoon tutustuttiin yhdessä ja myös erikseen, minkä jälkeen keskusteltiin sisällöstä. Tämä vaihe tarkoittaa vaihetta, jolloin **pelkistettiin** eli redusoitiin aineistoa, karsittiin siis epäolennaiset seikat pois. Aineistosta alleviivattiin värikynällä ne keskeiset ilmaukset, joita tutkittiin ja ne nostettiin esiin tutkimustehtäviin nojaten. Litteroidusta tekstistä kopioitiin alleviivattuja alkuperäisilmauksia erilliselle asiakirjalle teemahaastattelusta nousseiden teemojen alapuolelle. Aineiston analysoinnin aloitimme mahdollisimman pian haastatteluiden jälkeen, jolloin asiat olivat vielä hyvin mielessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109; Hirsjärvi ym. 2009, 222–223.)

Pelkistysten muodostamisen jälkeen etsittiin haastateltavien ilmaisuista samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia sekä ne **ryhmiteltiin** eli klusteroitiin. Ryhmittelyssä aineistosta löydetty eroavaisuudet ja samankaltaisuudet yhdistettiin ja niistä muodostettiin alakategorioita. Kategoriat nimettiin kuvauksilla, jotka selvensivät niiden sisältöä. Kuvauksien avulla aineisto tiivistyi ja sieltä nousseet tekijät sisältyivät laajempiin käsitteisiin. Klusteroinnin avulla saatiin alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Seuraavalla sivulla olevassa kuviossa 1. näkyy yhden alakategorian muodostuminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–111.)

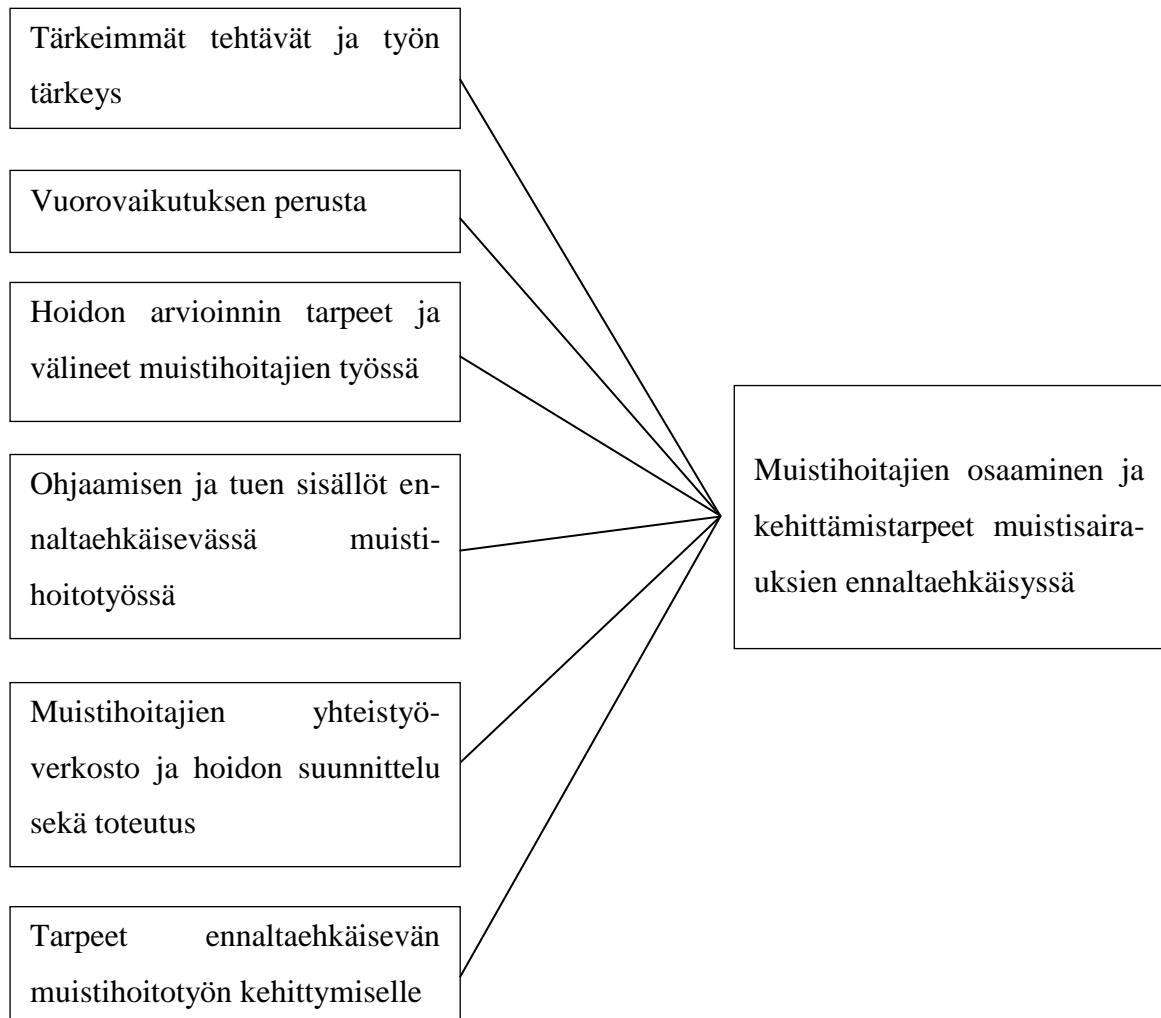
Aineiston ryhmittelystä edettiin aineiston käsitteellistämiseen eli **abstrahointiin** ja tässä vaiheessa muodostettiin alakategorioista viisi yläkategoriaa. Ensin oli siis niin sanottu alakategoria, joka on laajin käsite, sitä seuraa yläkategoria. Yläkategorioiden päälle muodostui yksi yhdistävä käsite, joka oli muistihoitajien osaaminen ja kehittämistarpeet muistisairauksien ennaltaehkäisyssä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä saatiin vastaus tutkimustehtävään yhdistelemällä käsitteitä eri kategorioista. Aineiston pelkistämisen jälkeen esille tuli tutkimuksen olennaisin osa, minkä jälkeen muodostettiin teoreettisia käsitteitä, joista edettiin johtopäätöksiin. Johtopäätöksiä tehtäessä oli ymmärrettävä, mitä eri asiat merkitsevät tutkittaville. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105–113.) Tulosten analysoinnin jälkeen tutkimus ei ollut vielä valmis vaan tuloksia oli selitettävä ja tulkittava. Tulkinta tarkoitti analyysistä esiin nousevien merkitysten avaamista ja pohdintaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 229.)



KUVIO 1. Esimerkki aineiston analysoinnista: Alakategoria Muisti-asiakkaan kohtaaminen ihmisenä

5 MUISTIHOITAJIEN OSAAMINEN JA TARPEET ENNALTA-EHKÄISEVÄN TYÖN KEHITTÄMISELLE

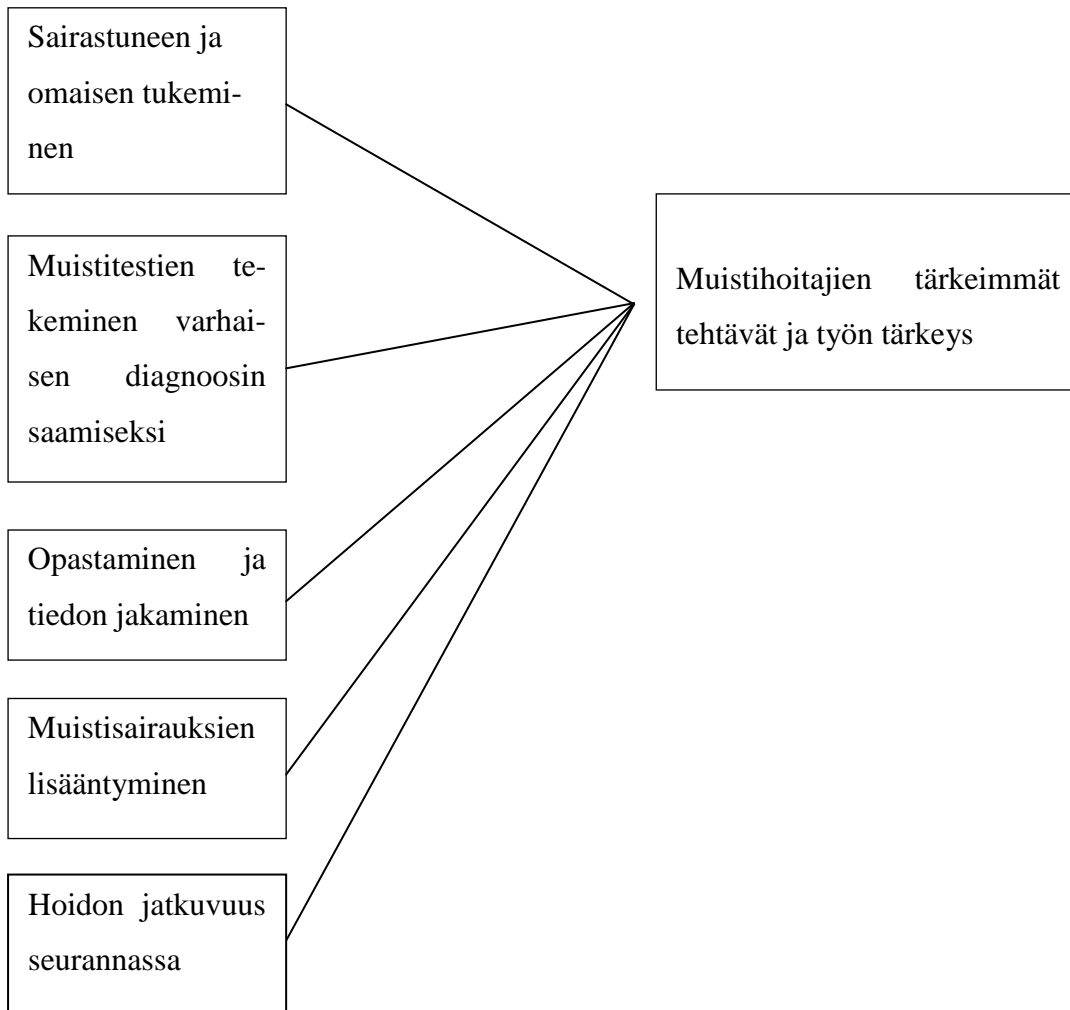
Kokoava käsite *muistihoitajien osaaminen ja kehittämistarpeet muistisairauksien ennaltaehkäisyssä* koostuu useista eri yläkategorioista, joita ovat: tärkeimmät tehtävät ja työn tärkeys, vuorovaikutuksen perusta, hoidon arvioinnin tarpeet ja välineet muistihoitajien työssä, ohjaamisen ja tuen sisällöt ennaltaehkäisevässä muistihoitotyössä, muistihoitajien yhteistyö-verkosto ja hoidon suunnittelu sekä toteutus ja tarpeet ennaltaehkäisevän muistihoitotyön kehittymiselle. (Kuvio 2.) Tässä kappaleessa käsittelemme tutkimustuloksiamme yläkategorioittain. Alkuperäisilmauksia esitämme tekstin lomassa sitaatein.



KUVIO 2. Kokoava käsite *Muistihoitajien osaaminen ja kehittämistarpeet muistisairauksien ennaltaehkäisyssä*

5.1 Tärkeimmät tehtävät ja työn tärkeys

Yläkategoria *muistihoitajien tärkeimmät tehtävät ja työn tärkeys* koostuu seuraavista alakategorioista: sairastuneen ja omaisen tukeminen, muistitestien tekeminen varhaisen diagnoosin saamiseksi, opastaminen ja tiedon jakaminen, muistisairauksien lisääntyminen sekä hoidon jatkuvuus seurannassa. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Muistihoitajien tärkeimmät tehtävät ja työn tärkeys

Muistihoitajat kertoivat, että **sairastuneen ja omaisen tukeminen** on tärkeää heidän työssään. Koko perheen kohtaamiseen tarvitaan asiantuntemusta ja on tärkeää antaa omaisille tukea, koska diagnoosi on heille shokki. Tiedon jakamisen lisäksi he kokivat olevansa rinnalla kulkijoita läheisille ja omaisille sairauden eri vaiheissa. He pitivät tärkeänä, että omaiset otetaan hoitoon heti mukaan.

Kyllä se asiantuntemus et osaa kohdata sen koko perheen, et miten tästä nyt eteenpäin.

Että niille (läheisille) pitäisi pystyä antamaan paljo enemmän tietua ku se on aina shokki se diagnoosi ja sitten vielä nykyäänki on vallalla se käsitys, että siihen ei niinku auta yhtään mikkään, että se on nytten menua.

No kyllä muistihoitaja on semmoinen tiedon jakaja. Tavallaan semmoinen rinnalla kulkija.

Alusta asti ne pittää ottaa mukkaan ja sillon ku meillä on luottamus nii me pystytään tekemään tätä tosi raskasta työtä.

Muistihoitajat kertoivat myös, että **muistisairaudet lisääntyvät**, sillä ihmisten elinikä nousee. He olivat omassa työssään huomanneet muistihäiriöisten potilaiden määrän kasvavan. **Muistitestien tekeminen on tärkeää varhaisen diagnoosin saamiseksi**, he toivat esille, että se on säästöä koko yhteiskunnalle. He pitivät työssään tärkeänä **tiedon jakamista, opastuksen** merkitystä ja sairauden seuraamista.

Ihmisten elinikä nousee niin, niinku mää oon huomannu tämän muutaman vuojen sisällä, että muistihäiriöisten potilaitten määrä kasvaa aivan hirveesti.

Mun mielestä niillä on kiire, että sillon ku ihmisellä jotakin todetaan niin se varhaisdiagnoosi pitäis saaha niinku äkkiä, että saahaan ne lääkitykset päälle ja koska se on säästöä niinku kaikille.

Sen seurannan ja tuen merkitys on iso ja opastuksen merkitys.

Hoidon jatkuvuus seurannassa tuli esille kaikilla muistihoitajilla. Heidän luonaan asiakkaat kävivät kontrollikäynneillä tai jatkokäynneistä saatettiin sopia muualle. Kuitenkin muistisairaasta pidettiin huolta, eikä häntä jätetty yksin muistiasioiden selvittelyssä. Muistihoitajat toivat esille, että sairaus on eteneväinen ja tilanteet muuttuvat, joten hoidon seuranta on ehdottoman tärkeää.

Jatkossa varaa ajan, sanotaan puolen vuoden päästä varaa ajan itse terveyskeskukseen ja sitten tehdään muistitestit, tilanne, lääkitys ja kaikki, että missä mennään.

Jos mä kuitenkin huomaan et siinä (muistiselvityksessä) vivahtaa sinnepäin jotain niin kysyn et varataanko aika tuonne kuuden kahdeksan kuukauden päähän niin katotaan sitten uudestaan.

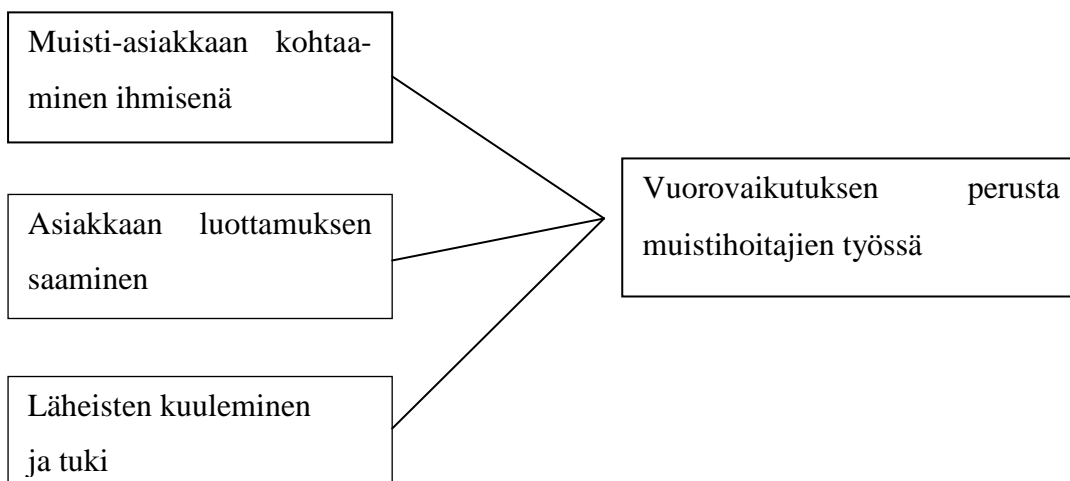
*Ei jätä oman onnensa nojaan ja vaikka semmoset, jotka on huolissaan niin vaan helpottaa kun ei tarvii yksin olla sen asian kanssa vaan katotaan ti-
lannetta.*

*Seuranta joka on tosi tärkeä tässä muistisairauden kulussa, ettei se ihmi-
nen tai omainen mene hukkaan siellä vaan se kulkis tavallaan hyvin tur-
vallisesti siellä, että kutsuttais ja tietäis kuka on niiden hoitaja.*

*Se hoidon kokonaisuus ja tuet ja kaikki miten jaksetaan koska sairaus on
eteneväinen ja ainahan on uusia tilanteita.*

5.2 Vuorovaikutuksen perusta

Yläkategoria *Vuorovaikutuksen perusta* koostuu seuraavista alakategorioista: muis-
tiasiakkaan inhimillinen arvostaminen, asiakkaan luottamuksen saaminen ja läheisten
kuuleminen ja tuki. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Vuorovaikutuksen perusta muistihoitajien työssä

Muistihoitajat kertoivat, että **muistiasiakas tulee kohdata ihmisenä**. Muistihoitajat kiinnittävät huomiota ihmisen taustoihin ja huomioivat ihmisen sairaudesta huolimatta. Vuorovaikutuksessa on tärkeää, että mennään ihmisen tasolle ja kohdellaan häntä tasa-vertaisesti. Muistiasiakkaan kohdatessaan on tärkeää ensin jutustella asiakkaan kanssa, jotta asiakas rentoutuu.

*Aina pitää kuunnella mitä se ihminen ajattelee, kuka hän on persoonana,
on hyvin mielenkiintoista sillä lailla kohdata se ihminen. Se koee sen hy-*

*väksymisen ja ollaan tässä kuin kuka tahansa. Ei estä mua kommunikoi-
masta se diagnoosi mua hänen kanssaan ja tavallisella aikuisen tasolla.*

Asiakkaan luottamuksen saaminen on tärkeää, sillä muistisairas vaistoa ympäristön herkemmin kuin muut. Luottamuksen saamiseen liittyi asiakkaan tarpeiden huomioi-
minen, kehonkielen käyttö lähestymisessä, empaattinen läsnäolo, hidas eteneminen ja kär-
sivällisyys. **Läheisten kuuleminen ja tuki** ovat keskeinen osa vuorovaikutus osaamis-
ta.

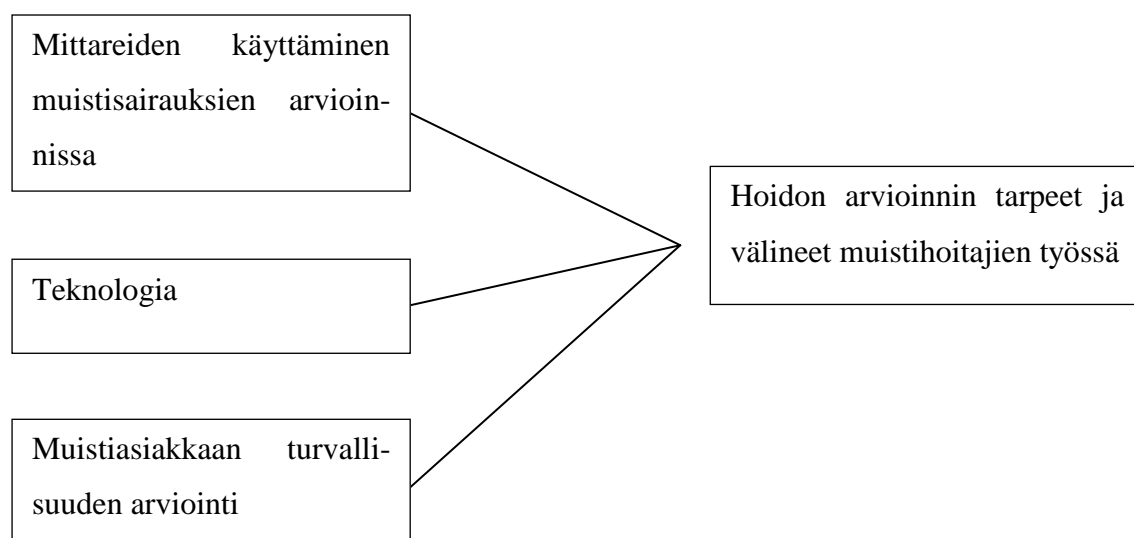
*Vuorovaikutus, pitää luoda se luottamus heti, et jos me puhutaan muisti-
sairas ihminen niin hän vaistoa ympäristöään herkemmin kuin muut. Eli
millä tavalla sää lähestyt, sitä ihmistä eikä se et se on muistisairas.*

*Et voi tulla ihan juttelemaan. Useinmiten jo puhelinsoitolla saa et olipa
hyvä kun ymmärsit tai joku tämmönen, se helpottaa sitä asiaa kun joku ta-
juaa mitä siellä tapahtuu.*

*Mää sitä puolisoa kuuntelen ja jutellaan ja se varraa ajan, että ollaan te-
kemisissä siinä ja se kertoo siitä kotitilanteesta.*

5.3 Hoidon arvioinnin tarpeet ja välineet muistihoitajien työssä

Yläkategoria *hoidon arvioinnin tarpeet ja välineet muistihoitajien työssä* koostuu seu-
raavista alakategorioista: mittareiden käyttäminen muistisairauksien arvioinnissa, tekno-
logian käyttö ja muistisairaalan turvallisuuden arviointi. (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Hoidon arvioinnin tarpeet ja välineet muistihoitajien työssä

Muistihoitajat kertoivat, että **mittareiden käyttäminen muistisairauksien arvioinnissa** on diagnosoinnin kannalta keskeistä ja tärkeää. He toivat esille, että mittarit toimivat hyvin muistisairauksien arvioinnissa, koska muistisairaus voi olla kellä vaan. Heidän mielestään esimerkiksi henkilön asema ei vaikuta siihen. Muistihoitajat olivat työssään huomanneet mittareissa pieniä puutteita. Eräs puute, joka tuli esille, koski minimientaalin osa-aluetta, jossa kysytään ”missä kerroksessa ollaan”. Hoitajan mielestä asiakkaan on kuitenkin vaikea hahmottaa, missä kerroksessa hän on jos rakennuksessa on useampia kerroksia. Toiset hoitajat sanoivat myös, että tekevät testit kotona, koska silloin asiakas on tutussa ympäristössä.

Kyllä ne auttaa siinä tunnistamisessa. Jos ei olis nii aika moni jäis tuota tunnistamatta.

No se voi olla ihan kellä vaan, että ei se nyt kato missä asemassa on tai minkä ikänen on.

Mää mielellään meen kottiin. Että siellä se ihminen on niinku vapautuneempi ja rennompi, että siinä on se tuttu ympäristö... Ainaki mää oon niinku tyytyväinen omaan ajatukseen, että mää meen tekkee ne kottiin, että mää en tee niitä täällä.

Kaikki haastateltavat suhtautuivat **teknologiaan** myönteisesti, mutta he toivat esille, että sen suhteen täytyy olla kriittinen ja sen käyttö tulee suunnitella yksilöllisesti. Teknologia pitäisi ottaa käyttöön heidän mielestään varhaisessa vaiheessa, koska esimerkiksi turvaranneketta muistiasiakkaat eivät välttämättä myöhemmin osaa käyttää. Erään muistihoitajan mielestä vanha teknologia oli parempi, mutta hän myös odotti uuden teknologian yleistymistä. Haastateltavat sanoivat, että teknologiaa on käytössä muistiasiakkaila, välineet, jotka olivat käytössä: ovihälytin, turvaranneke, hälyttävädosetti, turvamatto, savuhälytin ja turvahella.

Ei mä tossa mietin sitä hälyttävää dosettia, niin siinä voi miettiä kun hälyttää et mikä täällä piippaa. ja sitten et et se hirveen varhaisessa vaiheessa. Et kyllä siinä pitää kriittinen olla.

Kyllähän niitä alkuvaiheessa voi käytetään, mutta muistisairaalle kohdalla täytyy tarkasti miettiä. Kyllähän ne on hyviä esim. ovihälytin ja täytyy olla turvaranneke, mutta eihän se muistisairaalla se turvaranneke jos ei osaa käyttää sitä, painaa.

Niin paljon parempi on tämä vanha teknologia, esimerkiksi illalla hoitaja soittaa että hei sulla on ne lääkkeet siinä pöydällä nii otahan ne. Nii joo, mä otan ne nytten.. Me suhtu`utetaan tosi hyvin ja ootellaan kaikkia.

Sitten neuvotaan, esim. turvaranneke. Sitten hellavahdeista, turvaranneke, hälytyssysteemit. Aina tilanteen mukkaan jos on tarvista siihen.

Muistiasiakkaan turvallisuuden arvioinnin muistihoitajat kokivat tarpeellisenä. He olivat huolissaan erityisesti muistisairaista, jotka asuvat yksin ja voivat lähteä harhailemaan esimerkiksi talvella eivätkä osaa enää takaisin kotiin. Muistihoitajat huolehtivat, että tarvittaessa kotisairaanhoidosta käydään arvioimassa kotitilanne, kodin esteettömyys ja lääkehoidon turvallisuus.

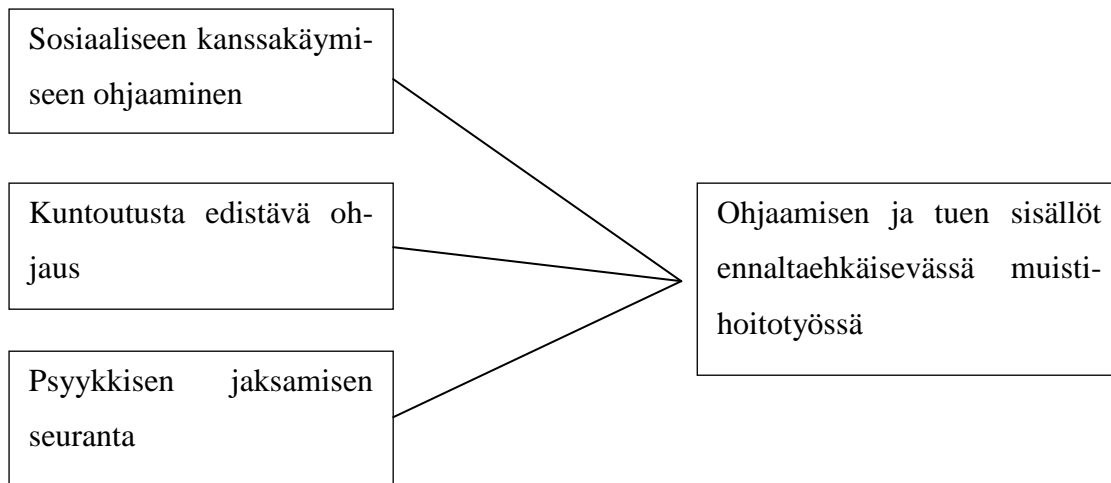
On paljon yksin eläviä vanhuksia niin turvata se kotona yksin olo. Etteivät lähe sieltä keskellä yötä hortoilemmaan ja eksy johonkin. Samoiten lääkituksen ottaminen, et menee oikein. Sitten kotisairaanhoidon apua siihen... Ihan sillain et mikä siellä on se kotitilanne, ja sen mukkaan sitten. Menee kartottamaan sitä tilannetta et missä mennään. Missä siellä oikeesti tarvitaan sitä apua, lääkkeen jaossa, onko siellä kotona turvallista asua, onko hellat päällä, kaikkee tämmöstä.

Kaikki kotona, että onko siellä hella päällä ja onko tämmöset kaikki, lähtee ne jonnekki eikä ossaa ennää sisälle talvella.

Että ja sitte katotaan, että koti on esteetön, että siellä ei oo mittään kauheita persialais mattoja mihin voi kompastua ja kyllä sitten kaiteita asiakkaille.

5.4 Ohjaamisen ja tuen sisällöt ennaltaehkäisevässä muistihoitotyössä

Yläkategoria *ohjaamisen ja tuen sisällöt ennaltaehkäisevässä muistihoitotyössä* koostuu seuraavista alakategorioista: sosiaalinen kanssakäymiseen ohjaaminen, kuntoutusta edistävä ohjaus ja psyykkisen jaksamisen seuranta. (Kuvio 6.)



KUVIO 6. Ohjaamisen ja tuen sisällöt ennaltaehkäisevässä muistihoidotyössä

Muistihoitajat pitivät **sosiaaliseen kanssakäymiseen ohjaamista** merkittävänä muistisairauksien ennaltaehkäisyssä. Heidän mielestään sosiaaliset ryhmät ja osallistuminen niihin on arvokasta ajatellen muistisairauden etenemistäkin. Oma aktiivisuus ja kylässä käyminen ovat myös ennaltaehkäisyä ja auttavat sairauden hidastamisessa.

Koitaa viijä jumppaohjeita ja koitan saaha niinku näitä asiakkaita esimerkiksi päivätoimintaan, että pois sieltä kotua.

Sitten on kaikki nää kaupunkin sosiaalisentuenryhmät. Niihin neuvon ja ohjaan, soitan... Jos ois lähialueella joku ryhmä. Kyllähän pitkäänhän muistisairas voi yksinkin sinne mennä.

Olla ite aktiivinen. Käydä kylässä, seurustella ihmisten kanssa.

Suurin osa muistihoitajista oli myös huolissaan, etteivät muistiasiakkaat jäisi yksin ja syrjäytyisi. Kaikki ohjasivat muistiasiakkaita ottamaan yhteyttä sosiaalisiin ryhmiin ja osallistumaan sosiaaliseen kanssakäymiseen.

Sosiaalinen kanssakäyminen, yksinäisyys, masennus, syrjäytymisen, niin ne voi tulla sen alkavan muistisairauden myötä.

Onhan paljon tutkimuksia ja nyt varsinkin nostettu tää sosiaalinen kanssakäyminen arvokkaammaksi et se estää sitä syrjäytymistä ja muistisairauden etenemistäkin.

Keskitytään, että saadaan se ihminen mukaan, jotta se ei jää minnekkään niinku yksin ja osallistumaan johonkin toimintaan ja päivätoimintaan.

Muistihoitajat tuovat esille, että **kuntoutusta edistävään ohjaukseen** kuuluu ravitsemus, liikunta, stressi, uni ja esimerkiksi lukeminen. Ravitsemusasioiden huomioiminen on tärkeää, koska muistisairaat voivat unohtaa omasta ravitsemuksestaan huolehtimisen. Yksi muistihoitaja toi esille, että ohjaa sitten asiakkaan ravitsemusohjaajalle ja toinen kertoi, että joillekin ehdotetaan ruokapalvelua.

Haastateltavista puolet liitti omatoimisuuteen tukemisen kuntoutusta edistävään neuvontaan. Pidettiin tärkeänä, ettei tehdä puolesta asioita vaan annetaan aikaa asiakkaan tehdä itse. Liikuntakyvystä huolehtimisesta muistihoitajat kertoivat myös asiakkaille. Heidän mielestään tuli korostaa liikunnan merkitystä, aktiivisuutta ja yleistä tekemistä.

On ensinnäki nämä perusjutut että ravitseminen, lääkitys ja henkilökohtainen hygienia niin ne on niinkö ohjattava, että mee vessaan ja tee sitä ja tee tätä. Ja tosiaan siinä on sitten niin heleppo mennä ja tehdä ite ku sitte taas ohjata tätä ja ottaa että hän tekkee sen ite, hittaasti, mutta ite.

Omaisille sanoa ettei sanoa nyt äiti istut siinä sitten kun on sairaus iskenyt, eikä tarvii tehdä yhtään mittään, koska tämmöstähän asennetta näkkee sitten. Vaan kaikkea mitä voi tehdä niin tekis ohjattuna.

Sitten kaikesta ruokavaliosta ja liikunnasta ja kaikki mitä on tavallaan se muistikuntoutus. Niihin asioihin tavallaan annetaan sitä ohjausta.

No monesti niinku tää ruoka, monesti on niin puutteellinen tää ruoka. Kun muistisairas ei muista syödä. Etenkin nää yksin asuvat, niin nehän laihtuu, että ehdotetaan sitä ruokapalvelua ja tämmöstä, kun eihän ne monetkaan ennää kykene tekkeä sitä ruokaa. Sitten se jää, kun ei muista syödä. Se on tätä ja ihminen laihtuu, tulee sitä lihaskatoa, tulee näitä tulehduksia, ei parane sairauksista ja liittyy monneen.

Liikuntakykyhän on hirveen tärkeä ja laaja asia ja tosi mielenkiintoinen, mutta ku siihen ei oo ollu täysin aikaa.

Korostan liikunnan merkitystä, että sitä semmosta liikkumista ja sitä terveellistä ravintoa ja osallistumista, tekemistä.

Muistihoitajat mainitsivat muistitoiminnan säilyttämisen erilaisten keinojen avulla. Arvokkaana asiana he esittivät esimerkiksi lukemisen merkityksen. Etenkin jos asiakas on aiemmin lukenut, niin jatkaisi samaa harrastusta. Eräs haastateltava kuvaili sanaristikoiden ja pelien arvoa muistintoiminnan kannalta.

Ennaltaehkäisyssä puhun tietysti myös laajemmin esim. lukemisen merkityksestä, ja siitä näiden asioiden tekeminen mitä nytkin oot tehnyt niin jatka.

Tavallaan sitä muistintoimintaa, niitä sanaristikoita, kaikkia pelejä.

Kaikki muistihoitajat puhuivat asiakkaan kanssa unen merkityksestä, mutta vain yksi hoitaja toi konkreettisesti esille, mitä keskustele asiakkaan kanssa uneen liittyvistä asioista ja miten kysyy niistä. Yksi haastateltavista toi esille myös stressin vaikutuksen muistiongelmiiin. Hänen mukaansa ihmisen elämäntilanne täytyy käydä läpi ja kartoittaa sieltä nousevat stressitekijät.

Voi kysellä että onko nukahtamisen vaikeus, vai mikä se on? Aamuyön heräämistä vai mitä?... Sitten tietysti uniläkkeitä mietitään lääkärin kanssa, koska uni on hyvin tärkeä muistisairaalle.

No jos tähän ensimmäistä kertaa tulee nuorehko ihminen, niin kyllä mä käyn läpi sitä elämän historiaa, onko tapahtunut jotakin, tai onko sairaus-tilanne tai työtilanne tai onko perheessä tapahtunut jotakin. Tämmöset asiat koska stressihän vaikuttaa siellä.

Kaikki haastateltavat kysyivät muistiasiakkailta aina **psyyykkisestä jaksamisesta** ja mielialasta. Moni heistä huomasi jo ulkoisesta olemuksesta, jos asiakkaalla oli masennusta. Muistisairaahan puheesta kävi myös ilmi mielialaongelmat, kun siitä heiltä kyseltiin. Kuitenkin osa koki haastavaksi masennuksen arvioinnin, koska muistiasiakaskin jaksaa ”skarpata” käynnin ajan. Muistihoitajat toivat esille myös omaisten merkityksen masennuksen tunnistamisessa, koska läheiset yleensä näkivät ja toivat asian esille käynneillä. Psykykinen olemus yhden muistihoitajan mielestä vaikutti kokonaisvaltaisesti muistisairaaseen, joten sen merkitys korostuu ennaltaehkäisevässä työssä.

Masennusseula on semmonen. Joo tavallaan testi, ja haastattelemalla ja kyselemällä ihan potilaalta iteltä ja sitten omaisilta.

Senhän huomaa heti siitä hapituksesta, että nyt on jottain, että jos asiakas on aina vaan pitäny tarkkaa huolta kiharoista niin yhtäkkiä ei välitäkkään.

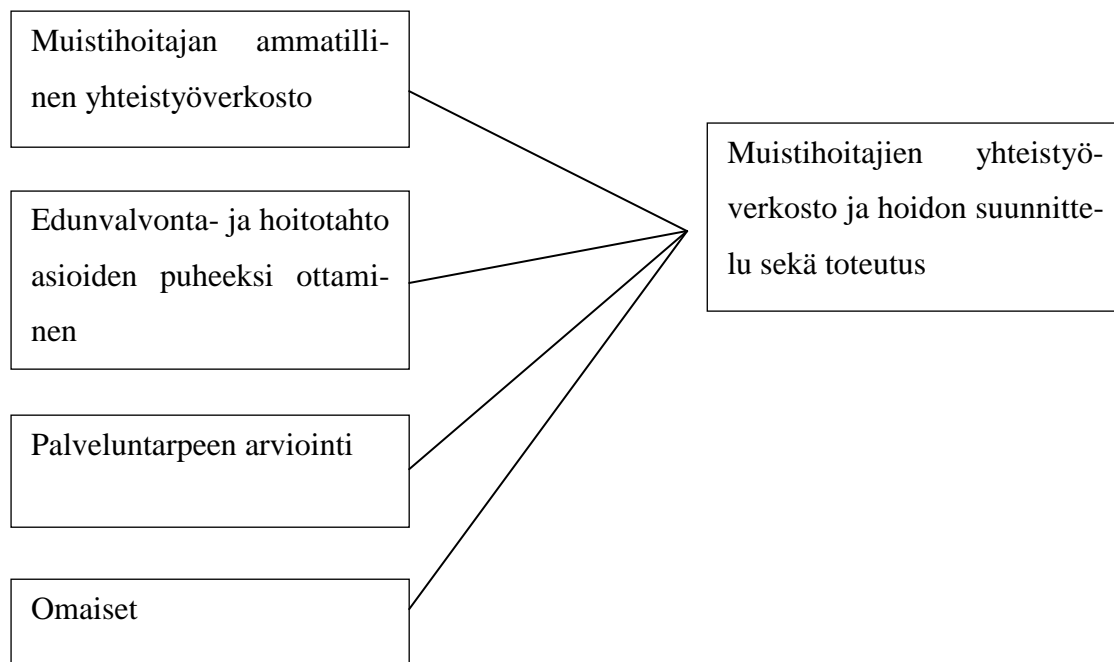
Joo kyllä ne niinku tunnistaa ja sit omaisilta kysyy ja potilaatkin sen itekin sannoo. Kyllä sen tässäkin huomaa potilaasta. Ei välttämättä ole helpoa, kyllä ne ihmiset jaksaa skarpata sitten. Kyllä omaiset kertoo ja näkee sen. Monesti potilaatkin itekkin sannoo, kun kysytään mielialaa.

En mää tiä sitten, että tunnistaako sitä nyt sitten aina, mutta kyllä sitä vaihtoehtoa miettii ja pyrkii niinku kysymäänki sillälaila, että onko jotaki mielialan kans ongelmia.

Jos puhutaan muistisairaasta nii ei katota onko psyykkinen vai sosiaalinen vaan se on se kokonaisuus. Huomioida ja sen kokonaisuus huomioon ottaminen, ihmisen koko tämä psyykkinen olemus vaikuttaa siihen liikkumiseen ja syömiseen, kaikkeen.

5.5 Yhteistyöverkosto ja hoidon suunnittelu sekä toteutus

Yläkategoria *muistihoidajien yhteistyöverkosto ja hoidon suunnittelu sekä toteutus* koostuvat seuraavista alakategorioista: muistihoidajan ammatillinen yhteistyöverkosto, edunvalvonta- ja hoitotahtoasioiden puheeksi ottaminen, palvelutarpeen arviointi sekä omaiset. (Kuvio 7.)



KUVIO 7. Muistihoidajien yhteistyöverkosto ja hoidon suunnittelu sekä toteutus

Haastateltavat kertoivat, että yhteistyö tulee esille heidän työssään. He mainitsivat useita **ammattilaisia yhteistyöverkossa**: esimerkiksi terveyskeskuslääkäri, geriatrian poliklinikka, ODL, palveluasunnot, SPR ja sairaalat. Lisäksi useat mainitsivat yhteistyötahoksi Muistiyhdistyksen, joka pitää koulutuksia ja jonka kanssa heillä on paljon verkostoa.

Oma terveyskeskuslääkäri ja sitten geriatrian poliklinikalta tulee monesti pyyntöjä.

Mehän tehään niinku aika paljon yhteistyötä näitten palveluasuntojen kanssa... teen yhteistyötä eri instanssien kanssa, SPR:n, ja sitte yksityisten palvelutuottajien, sairaaloiden, terveyskeskukset.

Sitten on tietysti Muistiyhdistykseen ja Oys:sin neurologian polille ja muuhun esim. ODL:lään. Muistiyhdistyksen kanssa paljon tämmöstä verkostoa.

Muistiyhdistyshän pitää muistihoitajiin yhteyttä tämän alueen kuntien kanssa ja järjestää koulutusta muutamia kertoja vuodessa niin siinä on verkosto jossa muistihoitajat varmaan oppii sitä kautta tietämään.

Edunvalvonta ja hoitotahtoasioiden puheeksi ottamisessa tuli esiin eroja hoitajien työssä. Osa muistihoitajista ilmaisi, että he keskustelevat asiakkaiden kanssa edunvalvonta- ja hoitotahtoasioista. Toiset pitivät puheeksi ottamista hyvinkin tärkeänä muistihoitajan tehtävänä, kun taas toiset kertoivat, etteivät ole juuri ole niiden asioiden kanssa tekemisissä.

Pyritään tekemään asiakkaitten kanssa yhteistyössä, että mitä sitte jos et enää pysty huolehtiin itestäs niin kenet haluaisit siihen (edunvalvonta).

Edunvalvonta valtuutus on tärkeimpiä muistihoitajan tehtäviä, että kerrotas, että se nyt ei tarkota sitä, että sää nyt menetät kaikki, mut sit ku sä et tosiaankaan pysty ite päättämään enään nii sitte ois se sinun nimeämä sukulainenki kuka hoitaa niitä.

Mää pyrin ottamaan aina niinku ommaisten kanssa puhheeksi (hoitotahto asiat). Sitten ku siihen saa sitä juteltua niin se on aika niinku helepottava ommaistenki mielestä. Että on selevä tahto mitä asiakas haluaa.

Oikeestaan mää oon aika vähän kyllä huolehtinu (oikeudet ja etuudet)... Mutta on tietenki edunvalvonta asioista joittenki kans keskusteltu ja semmosista että, mutta hyvin vähän oon niitten asioitten kans ollu tekemisissä.

Monet kertoivat, että kotisairaanhoidoon ollaan yhteydessä **palvelutarpeen arvioinnista**. He mainitsivat, että muutto pois omasta kodista ei kaikissa tapauksissa enää auta, sillä muistisairaana oli helpompi asua omassa kodissaan tutussa ympäristössä kuin palvelukodissa. Yksi haastateltavista toimi myös SAS- ryhmässä, jossa määritellään hoitopaikkoja, mutta hän toi ilmi, ettei palveluasuntoja riitä kuitenkaan kaikille.

En minä oo määritelly, että lääkäri se sitten niinku tai sitten ja sassissa on sitte kotisairaanhoidosta ja, että sinne mennee sitte mejän lääkäri.

Arvioin, ja yleensä jos tulee semmonen niin soitan sen alueen kotihoitoon ja pyydän palvelutarpeen arvioijan sinne kottiin.

No se ei tavallaan kuulu ihan mun päätettäviin, koska palvelutarpeenarvointihan on sitten ihan erikseen. Se on helpompi nähdä kun menee kotiin ja selvittää asioita kuin vastaanotolla. Se on aika helppokin sitten kun mennään sinne kottiin ja nähdään asiakas ja ne omaiset. Tulee se todellinen tilanne esille et tarviiko esim. ateriapalvelua tai tämmöstä.

Asuu puolisonsa kanssa omakotitalossa eikä enää osaa asua siellä ja miettii palvelukotia niin kannattaa kyllä miettiä et kannattaako...Semmonen diagnoosi ja on vielä hyvä vaihe niin voi harkita muuttoa, mut sillon kun se on edennyt muistisairaus niin silloin muutto ei enää auta.

Mää oon siinä SAS-ryhmässä, mikä miettii näitten oikeita hoitopaikkoja... Sitten sairaalassa on paljon, mitkä ottaa tätä oikiaa hoitopaikkaa. Mutta se on tosi haaste, että sanua nyt ommaisille, että tällä kertaa ei äiti päässy, että ku meilläki vapautuu palveluasuntoja nii jos sanotaan raakasti nii ihan luonnollisen poistuman kautta. Että ku yks kuolee nii sitten toinen pääsee. Se on niin raadollista.

Omaiset nähtiin myös yhteistyötahona ja tärkeänä osana asiakkaan hoitoa koskevassa arvioinnissa. Muistiselvityksissä he pitivät tärkeänä läheisen näkemystä ja myös heitä pyydettiin mukaan käynneille. Heidän mielestään läheisen näkemys tuo luotettavamman kuvan diagnosointiin ja he käyttivät läheisille kaavakkeita, joista saa tarkempaa tietoa muistiasiakkaasta. He haastattelivat ensin asiakkaan ja sitten vielä erikseen omaisen.

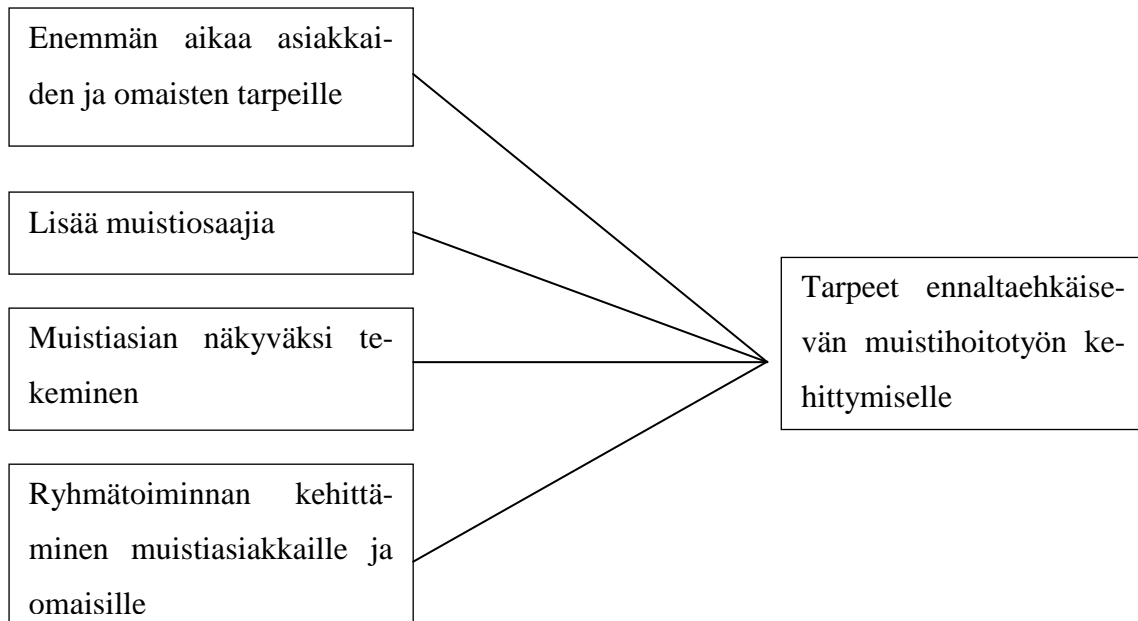
Jonkun verran varataan aikaa ja kysyn, että onko teillä läheisiä, tai asut- teko yksin tai onko lapsia. Olis hyvä jos tulis jonkun kanssa, koska näke- mys saattaa olla vähän erillainen läheisellä kuin itsellä. Tulis luotettava kuva et onko jotakin. Pyritään löytämään sieltä aina se joku... Kyllä muis- tiselvitykseen kuuluu se läheisen näkemys.

Monesti niin testien jälkeen, niin sitten on sen omaisen kans ois ihan hyvä jutellakki, että ainaki siinä se, että miten niillä oikeesti menee ja sitte te- hään niitä omaiskysely kaavakkeita täytetään.

Haastattelen potilaan ja sitten vielä erikseen omaisen.

5.6 Tarpeet ennaltaehkäisevän muistihoitotyön kehittymiselle

Yläkategoria *Tarpeet ennaltaehkäisevän muistihoitotyön kehittymiselle*, koostuu seuraavista alakategorioista: Enemmän aikaa asiakkaille ja omaisille, lisää muistiosaajia, muistiasian näkyväksi tekeminen sekä ryhmätoiminnan kehittäminen muistiasiakkaille ja omaisille. (Kuvio 8.)



KUVIO 8. Yläkategoria Tarpeet ennaltaehkäisevän muistihoitotyön kehittymiselle

Kolme muistihoitajista ilmaisi, ettei heillä ole tarpeeksi aikaa muistiasiakkaiden ja omaisten tarpeille. He kertoivat päivien kiireellisyydestä ja siitä, etteivät ehdi keskustella asiakkaiden kanssa kaikista asioista, esimerkiksi hoitotahdosta ja liikunnasta. Tähän vaikutti heidän mukaan esimerkiksi se, että asiakkailla ja omaisilla oli paljon puhuttavaa. Kysyttäessä kehittämistarpeista he toivoivat **enemmän aikaa asiakkaiden ja omaisten tarpeille.**

Näillä ihmisillä ois hirveesti puhuttavaa tässä kun käy tässä vastaanotolla, ja se on niin rajallinen se aika... Tarvittais tuplaten sitä aikaa. Resursseja pitäis olla.

Liikuntakykyhän on hirveen tärkeä ja laaja asia ja tosi mielenkiintonen, mutta ku siihen ei oo ollu täysin aikaa.

Päivät on tiiviitä. Mun mielestä vois ainakin vähentää yhen potilaan yheltä päivältä aina pois, mut ei se käy päinsä.

Joo, tää on hirveen intenssiivistä tää työ, tosi intenssiivistä. Et sää niin ku sulla on kaikki aika tässä potilaassa, sulla on seuraava oottamassa. Et äkkiä käyt syömässä ja äkkiä käyt vessassa.

Kehittämistarpeita on, että enemmän hoitajia tänne kentälle millä ois enemmän aikaa.

Haastateltavat sanoivat, että **muistiosaaajia pitäisi olla lisää**. He olivat sitä mieltä, että muistihoitajien lisäksi pitäisi olla enemmän myös muistiavainosaaajia ja muistikoordinaattoreita. Pidettiin myös mielekkäänä, että olisi työkaveri, jonka kanssa jakaa ajatuksia.

Lissää henkilökuntaa ja koulutusta heille niin se ratkasis jo aika palio.

Ekana tulee mieleen et jokaiselle terveysasemalle pitää saada tää muistiavainosaaaja. Muistiasiakkaita vastaanottamaan, tukemaan ja omaisia tukemaan. Ja kenties jopa jalkautumaan sinne kotiin.

Muistikoordinaattoreita, joku kävis siellä kotona ja kattois et onko nää kaikki palvelut järjestyksessä ja hän ois sellanen tukihenkilö et jos jotakin tapahtuu niin hän menis sinne kottiin.

Kyllä, tavallaan näissä laatusuosituksissa ajatellaan että täytyis olla muistihoitajat lääkärin työparina ja kontrollit siellä tämän asian suhteen. Mutta myöskin muistikoordinaattori joka huolehtii kaikesta muustakin tässä aika vaativassa kentässä, laaja kenttä. Ja niitä tukia ja missä vaiheessa, ja miten jaksetaan.

Jos mää ajattelen omaa työtä niin oishan se kiva jos ois työkaveri. Jonkun kanssa kehittää. Koska aina kuitenkin kaksi ihmistä tekkee niin ne ajatukset laajenee ja syvenee. Tämä itsenäisyys ja saa käyttää sitä mitä ossaa tavallaan sen jakaminen.

Muistihoitajat olivat sitä mieltä, että **muistiasia tulisi tehdä näkyvämmäksi**. Yksi haastateltavista sanoi, että ihmisillä on mielipiteitä, ettei muistitesteillä ole kiire ja oli itse asiasta täysin eri mieltä. Hänen mielestään asiakkaat pitäisi saada hoitoon äkkiä ja myös omaisille täytyisi saada tukea. Muistihoitajat toivat myös esille, että muistiasiakkaita tulisi ohjata ja kuntouttaa aktiivisemmin, sillä jos näistä asioista ei huolehdi, ihmisistä tulee vuodepotilaita ja se tuottaa myös rahan menetystä yhteiskunnalle. Haastattelussa kuvattiin, että seminaareissa, joissa kehitetään ikäihmisten asioita, on muistiasia siellä suppeasti esillä. Kerrottiin, että muistisairaus koskee kuitenkin isoa osaa ikäihmisistä ja siihen tulisi vaikuttaa.

Niin musta tuntuuki, että joskus näitä vähätellään vähä niinku sen sanoin ki, että eihän näillä muistitesteillä oo kiire, että musta tuntuu sillain, että niillä on kiire, että ne pittää saaha niinku hoitoon äkkiä ja sitten, että ne saa ne ommaisetki sitä tukia siihen.

Mitä se tuottaa yhteiskunnalle niinku rahan menetystä sitten ku ne ihmiset on todellaki niinku vuodepotilaita sitten jos ei kuntouteta.

Ei se auta jos on tuota muistisairaita ja kukkaan ei tee yhtään mittään, ei ohjaa eikä mittään niin se on vaan sitä sitten, he kattoo telekkaria.

Monesti on et tarteis tukea ja kehitysnäkymiä mut vaikka paljon on semmosia seminaareja niin missä kehitetään yleensä tämmöstä ikäihmisten asioita niin tää muistiasia on suppeampi siellä. Vaikka koskee melkein 70% ikäihmisistä jos ajatellaan vanhempia ihan 80-vuotiaista niin jotka käy terveysasemilla niin noin 70 % on jotakin muistin kanssa. Siitä me ei päästä ja se on aika iso volyymi mihin pitäis vaikuttaa. Tarvetta on ja siksi se ennaltaehkäisy, varhainen diagnoosi ja uskalletais tulla niin sitä mää viestin eteenpäin.

Muistihoitajat toivat esille kehittämistarpeina **ryhmätoiminnan kehittämisen**, he toivoivat ryhmiä sekä **muistiasiakkaille ja omaisille**. He kokivat, että muistisairaita ja omaisia tulisi aktivoida erilaisiin ryhmiin. Ryhmiä järjestettäessä he pitivät tärkeinä, että muistiasiakkaat voisivat olla vaikka puoli päivää kerrallaan ja ryhmässä olisi innostunut vetäjä. Muistihoitajat ottivat näkökulmassaan huomioon myös omaiset. He sanoivat, että muistisairaiden ollessa ryhmissä saisivat silloin omaiset levätä. Toinen näkökulma oli, että omaiset voisivat myös käydä omaisten keskusteluilloissa, jolloin he saisivat keskustella keskenään asioista.

Vois olla näillä ihmisillä näitä ryhmiä mihin näitä muistiasiakkaita saatais.

Pelekäästään semmonen muistisairauksille oma ryhmä, koska tuota heillä kuitenkin on ihan erilaiset tarpeet ku muistavilla. Ja semmosia osa-aikaisia hoitopaikkoja, koska hyvin harva muistisairas jaksaa aamulla yheksän aikaan lähtä ja illalla kolmen aikaan tulla. Et se on tosi pitkä se päivä, että vaikka puoli päivää olis... Ja ennen kaikkea niinku innostunu vetäjä siihen.

Jotaki ryhmiä nää sais, sais niinku aktivoitua nää ihmiset jotenki johonki. Johonki ryhmään, että ne omaisetki sais niinku levätä.

Eihän täällä nyt varmaan oo tämmösiä kerran kuussa jotaki tämmösiä omaisten keskustelu iltoja, että semmoset varmaan ois ihan hyviä... Siellä ois sitten vaan se ihminen kelle ne tulis niinku kertomaan ja sitten ne jakaa sitä, nehän loisis sen sinne, ku ne omaiset sitte keskustelis keskenään.

6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA

Muistihoitajien työstä ei ole aiemmin tehty tarkempia tutkimuksia, sen vuoksi emme ole voineet käyttää sellaisia tutkimuksia tulosten tarkastelussa. Olemme käsitelleet ja verranneet meidän tutkimustuloksia muihin samaa asiasisältöä käsitteleviin tutkimuksiin ja monitieteellisiin lehtiin sekä kansainväliseen aineistoon. Muistihoitajat kuvasivat oman osaamisen eri osa-alueilla hyväksi ja haluamme tuoda tarkastelussa keskeiseksi asiaksi osaamisen sisällön. Alaotsikoissa käsittelemme mielestämme tärkeimpiä esiin nousseita kuvauksia muistihoitajien osaamisesta ja tarpeista ennaltaehkäisevän työn kehittymiselle aikaisempaan tietoon nojaten.

6.1 Tärkeimmät tehtävät ja työn tärkeys

Tuloksista kävi ilmi, että muistihoitajat pitävät työtään tärkeänä, koska he olivat omassa työssään huomanneet muistihäiriöisten potilaiden määrän kasvavan. Heidän työtehtäviin kuuluva muistitestien tekeminen on tärkeää varhaisen diagnoosin saamiseksi. He toivat esille, että se on säästöä koko yhteiskunnalle. Lisäksi muistihoitajat pitävät työssään tärkeänä muun muassa tiedon jakamista, opastuksen merkitystä ja sairauden seuraamista. Myös Suhonen ym. (2008, 9, 11) pitävät tarpeellisena ammattitaitoista hoitoa ja selkeää hoitoketjua sairastuneille, koska ikääntyneiden määrän kasvaessa muistisairaudetkin lisääntyvät. He tuovat esille, että muistisairauksista koituu huomattavia taloudellisia kustannuksia. Diagnoosin tekeminen on tärkeää ja hoidon jatkuvuus kuuluvat osana hyvään hoitoon.

6.2 Vuorovaikutuksen perusta

Tuloksista käy ilmi, että muistiasiakas tulee kohdata ihmisenä. Muistihoitajat kiinnittävät huomiota ihmisen taustoihin ja huomioivat ihmisen sairaudesta huolimatta. Vuorovaikutuksessa on tärkeää, että mennään ihmisen tasolle ja kohdellaan häntä tasavertaisesti persoona huomioiden. Muistiasiakkaan kohdatessaan muistihoitajat olivat huomanneet, että on tärkeää ensin jutella asiakkaan kanssa, jotta asiakas rentoutuu. Vuorovaikutuksessa pitää luoda luottamus heti, koska muistisairas ihminen vaistoaan ympäris-

töään herkemmin kuin muut. Täytyy tietää, millä tavalla lähestytään ihmistä eikä ajatella, että hän on muistisairas. Samoin toivat esille Killick ja Allan (2001, 98–115), että on ensiarvoista kohdata asiakas ja lähestyä häntä kunnioittavasti. Osatekijöiden muutokset dementiaassa vaikuttavat muistiin ja muistisairaus muuttaa ihmisen identiteettiä, koska muisti on tärkeä osa persoonallisuutta. Muistisairaalla häviää osa identiteetistä, koska hän ei muista enää läheisiään, miten pukeudutaan, mitä tapahtui viisi minuuttia sitten, ajan taju katoaa tai ei muista sanoja. ”Muisti on liima, joka pitää asiat yhdessä”. Osa muistisairaista ei uskalla puhua, koska he eivät muista sanoja ja se pelottaa heitä. Muistiasiakasta ei saa painostaa muistamaan asioita tai millainen hän oli ennen. Kysymyksiä ei saa aloittaa muistiasiakkaalle ”muistatko kun?” vaan asioita täytyy lähestyä johdattelemalla tekemisiin. Esimerkiksi ”viime kuussa me lähdimme rannikolle bussilla”, koska tämän kautta tullut informaatio voi virkistää muistiasiakkaan muistia.

Tutkimuksessamme tuli ilmi, että muistihoitajat kokivat oman vuorovaikutusosaamisen sa hyväksi. Mattilan (2001, 73) väitöskirjan mukaan vuorovaikutustilanne on potilaslähtöinen, kun hoitaja näkee potilaan kokonaistilanteen, kiinnittää huomion potilaaseen, kuuntelee ja muuntelee toimintaansa joustavasti potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Potilaan tunteminen oli tutkimuksessa potilaslähtöisen toiminnan edellytys.

Muistihoitajat kertoivat, kuinka he ottavat aina asiakkaan huomioon hoidon alusta lähtien. Muistihoitajat olivat motivoituneita työhönsä ja ottivat asiakkaat sekä läheiset aina mukaan hoitoon heidän tarpeet huomioiden. Kujalan (2003, 29–31) väitöskirjan mukaan hoito lähtee asiakkaasta ja hänen tarpeistaan. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan myös potilaslähtöisyyttä. Sillä tarkoitetaan sitä, että henkilökunnan ajattelu- ja toimintatavan lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset sellaisina kuin asiakas ne ilmaisee. Tavoitteena on palveleminen asiakkaan esille toimien tarpeiden mukaan. Tällä turvataan työntekijöiden motivaatio ja asiakkaiden tyytyväisyys.

Tutkimuksessamme muistihoitajat toivat esille läheisten tuen merkityksen. On tärkeä ettei heitä kuullaan ja aina voi tulla puhumaan asioista. Puhelimella asiakkaat ja etenkin läheiset olivat muistihoitajiin yhteydessä ja sitä kautta myös läheiset saavat tukea arjessa jaksamiseen. Koko perheen kohtaamiseen tarvitaan asiantuntemusta ja on tärkeää antaa omaisille tukea, koska diagnoosi on heille shokki. Tiedon jakamisen lisäksi he kokiivat olevansa rinnalla kulkijoita läheisille ja omaisille sairauden eri vaiheissa. Eloniemi-

Sulkavan (2002, 49, 53–54, 57–58) väitöskirjassa todettiin tukiryhmän auttavan jaksamaan paremmin muistiasiakkaan hoidossa. On tärkeää, että omaisilla on ulkopuolisia henkilöitä, joilta saa tukea ja apua.

6.3 Hoidon arvioinnin tarpeet ja välineet muistihoitajien työssä

Tutkimuksemme mukaan muistihoitajat suhtautuvat teknologiaan myönteisesti ja sen suhteen täytyy olla kriittinen sekä sen käyttö tulee suunnitella yksilöllisesti. Teknologia pitäisi ottaa käyttöön varhaisessa vaiheessa, koska esimerkiksi turvaranneketta muistiasiakkaat eivät välttämättä myöhemmin osaa käyttää. Myös Topon (Gerontologia 2007/3, 222–223, 225–226) mukaan teknologiaa voidaan käyttää ainakin muistuttamiseen ja turvallisuuteen. Teknologian käyttämiseen ei saisi liittyä lähes ollenkaan uuden opettelua dementiaoireiselta käyttäjältä. Topo tuo esille, että tutkimustulokset seuranta-teknologian käyttämisestä (seuraaminen esimerkiksi liiketunnistimilla) ja oletettavista eduista kotona olemisen auttamisessa ovat hyvin puutteellisia. Kuitenkin teknologian käyttö on sallittavaa, jos se jotenkin edistää ihmisen oma-aloitteisuutta ja itsenäisyyttä.

Johtopäätöksenä tuloksista voi päätellä, että muistiasiakkaan turvallisuuden arviointi on tarpeellista. Muistihoitajat olivat huolissaan muistisairaista, jotka voivat lähteä harhailemaan esimerkiksi talvella eivätkä osaa enää takaisin kotiin. He huolehtivat, että tarvittaessa kotisairaanhoidosta käydään arvioimassa kotitilanne, kodin esteettömyys ja lääkehoidon turvallisuus. On tärkeä, että asiakkaalla on esteetön koti, eikä siellä ole esimerkiksi sellaisia mattoja joihin voi kompastua. Kodin huomiointi on arvokkaassa asemassa muistiasiakkaan selviytymisessä kotona. Yoon (2011, 28–39) tutkimuksesta käy ilmi samoja asioita ja hän korostaa, ettei kaatumisia syntyisi enempää vaan ne saataisiin estettyä. Kaatuminen voi olla merkki huonosta kunnosta tai terveydestä. Pitäisi huomata tietyt asiat nopeasti, jotta se edesauttaisi hoitajia sekä läheisiä esimerkiksi epävakaa askelma, heikkenevä kyky suorittaa ADL- ja IADL- toimintoja, kivuntunne, kotiympäristö, tukivälineet ja niiden käyttö. Hoitajien pitäisi kehittää kotihoitoon keinoja, joilla he pystyvät estämään kaatumiset sekä kontrolloimaan, ettei kaatumisia syntyisi lisää.

6.4 Ohjaamisen ja tuen sisällöt ennaltaehkäisevässä muistihoidotyössä

Tutkimuksessamme esille nousi, kuinka arvokasta on muistiasiakkaan liikuntakyky, ruokailu ja oma aktiivisuus. Monesti asiakkaat asuvat yksin eivätkä muista syödä, joten muistihoidajien mielestä ruokailusta huolehtiminen oli olennaista. Jos ihminen ei muista syödä, tulee tulehduksia ja ei parane sairauksista niin nopeasti ja syömättömyys liittyy yleensä moneen asiaan. Muistihoidajat korostivat liikunnan merkitystä, erilaista tekemistä, osallistumista ja antoivat myös ohjausta näihin asioihin. Lääkärilehden artikkelissa, Ylös sängystä sairaalassakin, kunnioitetaan aktiivisuutta. Artikkelissa kerrotaan, kuinka iäkkäitä kannustetaan itsenäiseen toimintaan ja liikkumiseen sen ollessa mahdollista. On tärkeää, ettei iäkkäitä jätetä sänkyyn makaamaan vaan heidät pidetään liikkeessä. Ilman ruokaa ja juomaa oleminen voi iäkkäälle aiheuttaa haitallisia terveysongelmia. Toimintakyvyn selvittäminen on arvossaan ja se pitäisi pystyä kartoittamaan, millainen se on kotona ollut. (Vierula 2012, 566–568.)

Tutkimuksestamme ilmeni, että omatoimisuuteen tukeminen on osa kuntoutusta edistävää toimintaa. Muistihoidajaa pitivät sosiaaliseen kanssakäymiseen ohjaamista merkittävänä osana muistisairauksien ennaltaehkäisyä. Tulosten mukaan sosiaaliset ryhmät ja osallistuminen niihin on arvokasta ajatellen muistisairauden etenemistäkin. Muistihoidajat toivat esille, että kuitenkin sekin auttaa ennaltaehkäisemisessä ja sairauden hidastamisessa, jos on itse aktiivinen ja käy kylässä. Myös Salosen (2007, 145) väitöskirjassa ilmeni, että jokapäiväinen toiminta on ikääntyneille tärkeää ja siihen kuuluu sosiaalinen kanssakäyminen ihmisten kanssa. Salosen mukaan toiminnalla pidetään yllä hyvinvointia ja elämäntottumuksia sekä siten parannetaan arjessa selviytymistä. Aktiviteeteiksi väitöskirjassa mainittiin liikkuminen, ruokaileminen, lukeminen, television katselu, harrastustoiminta ja läheisten tapaaminen sekä osallistuminen erilaisiin ryhmiin. Myös Pirttilä, Heimonen ja Granö (2007, 320–321) mainitsevat hyvään hoitoon kuuluvaksi muun muassa ohjauksen, neuvonnan ja itsenäisyyttä, omatoimisuutta ja kotona selviytymistä tukevat kuntouttavat palvelut.

Tuloksissamme korostuu, että muistiasiakkaalla ei ole pelkästään psyykinen tai sosiaalinen puoli vaan tulee huomioida kokonaisuus, koska psyykinen olemus vaikuttaa kaikkeen esimerkiksi muistisairaahan liikkumiseen ja syömiseen. Pitkälä ja Tilvis (2012, 564) pitävät geriatrian arvokkaimpana asiana iäkkäiden potilaiden kokonaisvaltaista ar-

viointia, johon hoidonkeinot ja kuntoutus perustuvat. Laitoshoidon tarve pienenee ja kognition heikkeneminen, kun ihminen arvioidaan täydellisesti kokonaisuutena.

6.5 Yhteistyöverkosto ja asiakkaan hoitoa koskeva arviointi

Tulosten mukaan muistihoitajilla on paljon verkostoa Muistiyhdistyksen kanssa. Muistiyhdistyksen pitämät koulutukset mainittiin erikseen yhteistyöhön liittyen. Myös Muistibarometrissä tuli selvästi esille yhteistyö Muistiyhdistyksen kanssa. Siinä keskeisin yhteistyö liittyi koulutukseen ja tiedottamiseen, jolloin niitä kohdennettiin kunnan ammatilaisille sekä muistiasiakkaille ja läheisille. (Gränö, Tamminen, Eronen, Londén, Siltaniemi 2010, 44.)

Muistihoitajat toivat esille, että omaiset ovat merkittävä osa yhteistyötä ja heidän tuki on tärkeää. Läheiset otettiin mukaan muistiselvitykseen, jossa muistisairaalle tehdään testejä ja kartoitetaan muistin tilannetta. Läheisille tehdäänkin oma ”läheiskysely”, jossa he saavat kertoa oman näkemyksensä muistiasiakkaasta ja se tuo myös luotettavamman kuvan diagnosointiin. Myös Kuikka, Pulliainen, Salo ja Erkinjuntti (2007, 4097–4101) toivat esille, että muistihäiriösairauksien alku-vaiheessa tarvitaan toiminnanohjauksen osa-alueiden tuntemusta, kerrotaan muistisairaalle läheisten välttämättömyydestä tiedonlähteenä. Artikkelissa korostetaan omaisten luotettavaa tietoa, koska he ovat tunteneet muistiasiakkaan pitkältä ajalta ja tietävät läheisestään parhaiten. Tämä sama näkemys tuli esille myös meidän tutkimustuloksissa ja muistihoitajat ottivatkin omaisen aina kuultavaksi mielellään alusta lähtien muistiasiakkaan rinnalle.

6.6 Tarpeet ennaltaehkäisevän muistihoitotyön kehittymiselle

Tutkimuksestamme tuli ilmi, että muistiosaajia pitäisi olla lisää. Haastateltavat olivat siitä mieltä, että muistihoitajien lisäksi pitäisi olla enemmän myös muistiavainosaajia ja muistikoordinaattoreita. Kävi myös ilmi, että muistiasia tulisi tehdä näkyvämmäksi. Haastatteluissa kerrottiin, että ihmisillä on mielipiteitä, ettei muistitesteillä ei ole kiire ja seminaareissa, joissa kehitetään ikäihmisten asioita, muistiasia on siellä suppeasti esillä. Lisäksi tulisi ottaa esille, että muistiasiakkaita ohjattaisiin sekä kuntoutettaisiin aktiivisemmin. Tärkeänä pidettiin myös omaisten tukemista. Pessin (2011, 57, 68) pro gradu tutkielman mukaan muistisairauksien ennaltaehkäisy on vielä varsin heikosti huomioitu.

Hän esittää, että muistipotilaiden palveluissa kuntien tulisi kiinnittää huomiota erityisesti muistisairauksien ennaltaehkäisyyn keinoihin, omaishoitajien tukemiseen ja palveluihin sekä muistipotilaita kohtaavien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten koulutukseen. Pirttilä ym. (2007, 326) tuovat esille tulevaisuuden haasteiksi sen, että vaikka tietoisuus on lisääntynyt etenevistä muistisairauksista ja asenteet ovat parantuneet, on kuitenkin vielä paljon työtä. Asenteiden muuttuminen edistää muistiasiakkaiden hakeutumista varhain tutkimuksiin ja hoitoon. Muistibarometrissä (Gränö ym. 2010, 4) käy ilmi, että kunnat ovat lisänneet muistihoitajien toimia muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen, mutta resursseja tarvittaisiin edelleen muistiasiakkaiden määrän suurentuessa.

Tulosten mukaan muistiasiakkaiden ja omaisten ryhmätoimintaa tulisi kehittää. Myös Pirttilä ym. (2007, 320–321, 326) tuovat esille, että useista tutkimuksista on saatu vahvistettua tietoa siitä, että kuntoutuksen mahdollisuuksia tulisi hyödyntää laajemmin dementoituvien ihmisten toimintakyvyn ja mielekkään elämän tukemisessa. Heidän mukaan asiasta on positiivisia käytännön kokemuksia kuntoutuksen tullessa suurempaan rooliin hoitopolussa. He näkevät myös haasteena kuntoutuspalvelujen saatavuuden varmistamisen sekä niiden sisällöllisen kehittämisen. Mainitaan, että kotihoidon kuntouttava sisältö ja päivätoiminta ovat toteutuneet vielä puutteellisesti, eikä niitä ole suunniteltu tarpeeksi. Muistisairautta sairastavien määrä kasvaa tulevaisuudessa ja sen vuoksi hyödyllisiä olisi toimivat ratkaisut sairastuneen sekä omaisten toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitämiseen. Muistibarometrissä (Gränö ym. 2010, 50) esitetään myös ryhmämuotoisen toiminnan olevan tärkeä tuki muuttuneessa elämäntilanteessa. Muistiasiakkaat ovat kokeneet merkitykselliseksi avuksi varhaisvaiheen vertaistuen. Sairauden toteamisen jälkeen pitäisikin kuntoutus aloittaa heti, jotta asiakas ja hänen omaiset motivoituisivat elämään positiivisesti muistisairaudesta huolimatta.

Tuloksiemme mukaan asiakkaille on olemassa jo sosiaalisia ryhmiä, mihin muistihoitajat ohjasivat muistiasiakkaitaan. Ryhmiä pitäisi silti kehittää ja lisätä. Ryhmät olisi suunnattu erityisesti muistiasiakkaille, koska heillä on huomioitavia erityistarpeita. Tutkimuksestamme tuli kuitenkin esille, että muistiasiakas tarvitsisi innokkaan vetäjän, jotta jaksaa käydä ryhmissä. Hoitajat sanoivat, että tutkimuksissakin on korostettu sosiaalista kanssakäymistä, sillä se estää esimerkiksi syrjäytymistä. Haarnin (2010, 3-4) tutkimus korostaa, että iäkkäiden tapaamispaikoilla on merkitystä aktiivisuuteen, tekemiseen ja se mahdollistaa sosiaalisen kanssakäymisen. Ryhmissä kohdataan samanikäisiä

ja saadaan vertaistukea kohtalotovereilta. Kohtaamispaikoissa saadaan sosiaalista toimintaa ja mukavaa tekemistä. Kodin ulkopuolella tapahtuva toiminta korostuu lähi vuosina, koska eläkeikäisten määrä kasvaa. Aktiivisuus ryhmiin ja mielekäs toiminta tarjoavat kiinnostavaa tekemistä kodin ulkopuolella.

7 POHDINTA

Valitsimme aiheen muistihoitaja ennaltaehkäisevässä työssä sen tarpeellisuuden ja ajan-kohtaisuuden vuoksi, koska ikääntyvien määrä lisääntyy ja on maailmanlaajuisesti lisääntyvä haaste. Ikääntyvien määrän lisääntyessä myös suhteellisesti dementiaa esiintyy enemmän. Aloitimme opinnäytetyön miettimisen yhteisten kiinnostustemme pohjalta ja saimme apua työn ideointiin sisällönohjaajaltamme Liisa Karhumaalta sekä Muistiyhdistyksestä, Maarit Lampelalta.

Opinnäytetyön tekeminen oli pitkä prosessi ja siinä oli monta erilaista vaihetta. Opinnäytetyöprosessimme on edennyt varsin nopeasti. Meille sopi hyvin, että teemme työn tiiviisti lyhyen ajan kuluessa, koska meillä ei ole ollut juuri muita opintoja opinnäytetyön lisäksi nyt keväällä. Toisaalta aikataulussamme olisi voinut olla hieman väljyyttä, koska työn etenemiseen vaikuttaa monet meistä riippumattomatkin tekijät kuten haastattavien aikataulut. Olemme oppineet valtavasti ajankäytön suunnittelua ja toteuttamista. Näin olemme pysyneet suunnitellussa aikataulussa. Saimme opinnäytetyön aiheen syksyllä 2010 ja valmistavan seminaarin esitimme 2011 keväällä. Kesän ja syksyn ajan työstimme tutkimussuunnitelmaamme sekä esitimme sen syksyllä 2011. Haastattelut aloitimme heti tutkimussuunnitelman hyväksymisen jälkeen keväällä 2012 ja työemme valmistui myös samana keväänä. Teimme opinnäytetyön parityönä ja yhteistyö sujui hyvin. Pareittain tehtävästä yhteistyöstä on ollut apua, koska työpari voi nähdä asioita eri tavalla ja tuoda työhön monipuolisemman näkökulman. Olemme myös jakaneet paljon mielipiteitä yhdessä.

Haastattelun onnistumisen ja luotettavuuden kannalta oli parempi, että olimme pareittain haastattelutilanteessa. Olimme alusta asti sopineet, että toinen tekee pääasiassa haastattelun. Toinen kuunteli ja teki muistiinpanoja samalla sekä esitti tarkentavia lisäkysymyksiä. Päähaastatteli vastasi haastattelun kulusta, jolloin tarkkailija pystyi tarvittaessa täydentämään haastattelua. Näin varmistimme, että keskeiset asiat tulevat esiin eikä tärkeitä asioita jää pois haastattelusta. Mielestämme pareittain haastattelu oli toimiva ratkaisu, koska emme kummatkaan olleet ennen tehneet haastatteluja. Haastattelutilanteessa paikalla oli haastattelijat ja haastateltava. Päädyimme tähän, että haastatte-

lemme kaikki erikseen, koska he toimivat eri työpaikoilla ja Pohjois-Pohjanmaan alueella laajemmin. Näin uskomme, että saimme haastattelutuloksista luotettavampia ja pätevämpiä, kun kaikki olivat erikseen haastattelutilanteessa. Lisäksi varmistimme haastattelvien anonymiteetin yksilöhaastattelulla. Haastattelimme neljää muistihoitajaa ja olemme tyytyväisiä saamaamme määrään.

Mielestämme muistihoitajat pohtivat osaamistaan ja kehittämistarpeita hyvin. Tulokset antoivat paljon uutta tietoa, jota ei aiemmin ollut tutkittu. Mielestämme saimme riittävästi tietoa muistihoitajien osaamisesta ja tarpeista ennaltaehkäisevän työn kehittämiseksi. Tutkimuksessa nousi esiin monia kehittämistarpeita, joita voisi hyödyntää muistihoitotyössä. Toivottavasti tutkimus herättää kysymyksiä ja keskustelua aiheesta. Asioista keskusteleminen tuo esille uusia seikkoja ja näin kehittää edelleen muistihoitotyötä. Opinnäytetyömme avulla opimme paljon uutta muistisairauksista ja niiden ennaltaehkäisystä myös kirjallisuuden kautta. Tutkimuksen teimme haastattelemalla, jonka kautta opimme näkemään muistihoitajien näkökulmia heidän työhönsä ja sen kehittämiseen.

Opinnäytetyöprosessi on vienyt paljon aikaa, mutta se on ollut erittäin kiinnostavaa. Tämä tutkimus oli meille molemmille ensimmäinen, joten kaikki työhön liittyvät vaiheet ovat olleet uusia. Opinnäytetyön aineiston kerääminen on opettanut kriittistä suhtautumista kirjallisuuteen ja tutkittuun tietoon. Työn tekeminen on myös kehittänyt ammatillista osaamistamme, sillä työssä on koko ajan korostunut terveyden edistämisen merkitys. Opinnäytetyöprosessin aikana asiantuntijuus ja ammatillinen osaaminen ovat kehittyneet. Opinnäytetyön tekeminen sisälsi erilaisia vaiheita, opimme työn tekemisen kautta kattavasti kvalitatiivisesta tutkimuksesta. Teimme ennen opinnäytetyötä tutkimussuunnitelman, joka auttoi selventämään opinnäytetyön polkua ja vaiheita sekä kartoittamaan sitä, missä työvaiheessa olemme milloinkin olleet menossa. Luulemme, että tulemme jatkossa opiskelemaan lisää ja tekemään myös muita tutkimuksia. Silloin näistä tutkimuksen aikana saaduista opeista tulee olemaan hyötyä.

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus ovat arvokkaita asioita tutkimusta tehdessä ja vielä sen valmistuttua. Tutkimuksen luotettavuutta ja eettisiä kysymyksiä olemme pohti-

neet koko tutkimuksemme ajan. Se on ollut haastavaa ja mielenkiintoista, sillä asioita on täytynyt todellakin miettiä ja ratkaisuja on pitänyt pohtia perusteellisesti. Tutkimukset sisältävät suuren määrän erilaisia päätelmiä, joten tutkimusprosessin aikana tutkijan etiikka joutuu usein koetukselle. Eettisiä ongelmakohtia prosessin aikana voivat olla esimerkiksi tutkimuslupaan liittyvät kysymykset, tutkimusaineiston keruuseen ja tutkimukseen osallistumiseen liittyvät ongelmat sekä tutkimuksesta tiedottaminen. Esimerkiksi tutkimuslupaa hakiessamme huomasimme, kuinka tarkkana täytyy olla, miten asiat ilmaisee ja mitä tuo esille. Olemme miettineet, mitä hyötyä tai haittaa tutkittavalle tutkimuksesta on, miten tutkittavan yksityisyys ja luottamuksellisuus turvataan. (Eskola & Suoranta 2005, 52, 56–57.)

Haastateltavia valitessamme annoimme heille rehellistä tietoa tutkimuksestamme ja sen etenemisestä, jotta he tietävät millaiseen tutkimukseen suostuvat. Selvitettyämme oleelliset tiedot tutkittaville, saimme heiltä näin suostumuksen, joka oli perehtyneesti annettu (informed consent). Tutkimukseen osallistumiseen ei liittynyt riskejä. Pidimme myös tärkeänä vapaaehtoisuutta ja vapautta valita, osallistuuko tutkimuksemme ja halutessaan siitä sai jättäytyä pois. Tutkijoina olemme kunnioittaneet tutkittavien ihmisarvoa, emme ole loukanneet emmekä ole aiheuttaneet vahinkoa heille. (Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön ohje, 14; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 26–27; Mene-
telmäopetuksen tietovaranto, hakupäivä 13.1.2012; Eskola & Suoranta 2005, 52, 56–57.)

Haastattelun alussa kerroimme vielä haastattelun kulusta ja siitä, että tutkittava ei tule tunnistetuksi missään tutkimuksemme vaiheessa eli anonymiteetti säilyy ja vain me kuulemme nauhoitukset. Ensin pyysimme kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumiseksi ja sen jälkeen aloitimme haastattelun. Aloitimme haastattelun kyselemällä haastateltavien työtehtävistä ja sitten edettiin varsinaisesti haastattelun teemoihin. Näin saimme alussa ilmapiiriä rennommaksi ja haastattelutilanne oli luonnollisempi. Teema-haastattelurunko (Liite 1.) oli jaettu tiettyihin teemoihin ja haastattelussa edettiin sen mukaan. Osa-alueita olivat muistihoitajien osaaminen, vuorovaikutus, kliininen, yhteistyö ja eettinen osaaminen sekä terveydenhoidon osaaminen ja ennaltaehkäisevätyö. Valitsimme nämä teemat muistisairauksien Käypä hoidosta, koska näiden avulla saatiin vastaus tutkimustehtäviin. Lopussa oli kysymyksiä kehittämistarpeista muistihoitajien

työhön muistisairauksien ennaltaehkäisyssä. Haastateltavat vastasivat avoimesti kysymyksiimme ja kertoivat kokemuksistaan.

Tutkimusta suorittaessamme pyrimme siihen, että haastattelun ilmapiiri on hyvä ja mielestämme onnistuimme siinä. Tutkijoina noudatimme tieteelliseen käytäntöön kuuluvia toimintatapoja. Olimme rehellisiä, huolellisia ja tarkkoja tutkimuksemme eri vaiheissa. Haastateltavien anonymiteetin pidimme salassa kaikissa tutkimuksen eri vaiheissa ja olemme vaitiolovelvollisia sekä luottamuksellisia vielä tutkimuksen valmistuttuakin. Aineistoa käsitellessämme salasimme henkilöllisyyden numeroimalla haastattelut ja pidimme sen lukollisessa kaapissa. Käsiteltyämme haastatteluaineiston se hävitettiin silpuroimalla heti opinnäytetyön valmistuttua. Missään aineiston käsittelyn vaiheessa emme käyttäneet mitään tietoja, mistä haastateltavan voisi tunnistaa, kuten osoitetietoja tai nimiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132, 141.) Haastattelimme muistihoitajia Pohjois-Pohjanmaan alueelta, mutta tarkempia organisaatioita tai paikkakuntia emme tutkimuksessa mainitse, sillä samassa kunnassa on harvoin useampia muistihoitajia.

Opinnäytetyön tekemisen aikana keräsimme teorial tietoa ja loimme teoreettista viitekehystä, jossa korostui oikeaoppisen tiedonhaun ja lähdekriittisyyden merkitys. Opinnäytetyön eri vaiheiden kautta opimme käyttämään keskeisiä sosiaali- ja terveysalan tietokantoja sekä hakemaan niillä erilaisia aineistoja. Käytimme paljon terveysporttia (lääkärin ja sairaanhoitajan tietokantoja) sekä Medic-, Medline- ja Pubmed- tietokantoja. Koulumme kirjaston hakukoneella etsimme aiheeseemme liittyvää kirjallisuutta. Etsimme ja valitsimme uusimpia lähteitä sekä keräsimme tietoa luotettavilta sivuilta netistä, kirjojen ja muun materiaalin lisäksi. Yritimme pitää aineiston valinnassa kiinni luotettavuudesta ja tuoreudesta sekä siinä mielestämme onnistuimme hyvin.

Tutkimusta tehdessämme olemme arvioineet luotettavuuden toteutumista jokaisessa tutkimuksen vaiheessa ja mielestämme olemme onnistuneet siinä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, refleksiivisyys ja vahvistettavuus. Uskottavuus tarkoittaa, sitä että käsityksemme tutkittavien käsitteistä ovat oikeita eli tulkinta on totuudenmukaista. Haastattelun aikana tarkensimme omia ja tutkittavien käsitteitä jos näimme sen tarpeelliseksi. Teemahaastattelua käyttäessämme tuli meidän olla huolellisia, että ymmärsimme tutkittavien käsitteet oikein. Haastattelutilanteessa toinen tutkijoista oli enemmän tarkkailijan roolissa ja kysyi tarvittaessa lisäkysymyksiä.

Tällä pyrimme siihen, että tutkittavien käsitykset ja mielipiteet tulivat esille niin hyvin kuin mahdollista. Haastattelupäiväkirjan pito helpotti myös tulkintaamme ja sieltä pystyi tarkistamaan asioita työn etenemisen vaiheissa. Siirrettävyys toiseen kontekstiin voi onnistua, jos tutkittu ympäristö vastaa sovellusympäristöä. Refleksiivisyys tutkimukssamme on toteutunut, sillä olemme pitäneet tietoisesti lähtökohdat mielessämme ja arvioineet tutkimusprosessia jatkuvasti. Vahvistettavuuden olemme tuoneet esille tutkimustulosten raportoinnissa niin, että lukijat saavat riittävästi tietoa tutkimuksen eri vaiheista. Esitimme esimerkiksi käsitteiden luokittelun niin, että niissä on selkeästi ja yksityiskohtaisesti nähtävillä tutkimustulokset. (Kylmä & Juvakka, 129; Tuomi & Sarajärvi 2009, 138–139, 141; Hirsjärvi & Hurme 2009, 184, 189.)

Haastattelutilanteessa käytämme nauhuria, jonka toimivuuden testasimme ennen haastattelua, haastattelun aikana ja haastattelun lopussa. Näin varmistimme, että saimme koko haastattelun laadukkaana nauhalle. Haastattelun jälkeen litteroimme tekstit niin, että litterointi noudatti koko ajan samaa sääntöä ja otimme kaiken käytettävissä olevan aineiston huomioon. Litteroimme tekstit ensin yksin, minkä jälkeen toinen tutkijoista tarkisti, että haastattelu on litteroitu oikein. Tämän vaiheen jälkeen aloitimme aineiston analysoinnin. Pidimme tärkeänä, että saimme jakaa tutkijoiden kesken ajatuksiamme aineistosta. Yhteneviä käsitteitä loimme keskustelemalla näkemyksistämme; näin saimme tuotua tutkittavien ajatusmaailman luotettavasti esille. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 189.) Lähetimme haastateltaville heidän antamansa kommentit haastattelun jälkeen, jotta he voivat hyväksyä ne käytettäviksi tutkimukseemme. Osoitimme sitaatit, jotka otamme suoraan heidän antamistaan kommenteista tutkimuksemme tuloksiin. Aineistoa analysoidessamme pyrimme analysoimaan haastattelut syvällisesti, mutta kuitenkin tulkitsematta haastateltavien suullisia lausumia liikaa. Näin säilytimme luottamuksellisuuden jälleen. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 20.)

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. Tutkijan rehellisyys vaikuttaa hänen tekoihinsa, valintoihinsa ja ratkaisuihinsa. Tutkimukssamme kuvasimme ja perustelimme, mistä valintojen joukosta teimme valintamme, mitä ratkaisut olivat ja miten päädyimme lopullisiin ratkaisuihin. Tutkijoina arvioimme tavoitteidemme pohjalta ratkaisujen todenmukaisuutta ja toimivuutta sekä etenkin tulosten tarkastelussa olemme olleet tarkkana, ettemme tee omia tulkintoja tuloksista. Jokainen laadullinen tutkimus on kuitenkin ainutkertainen, joten tutkimusta ei voida toistaa sellaisenaan.

Vaikka esittäisimme luokittelu- ja tulkintasäännöt yksityiskohtaisesti uudelleen, voi toinen tutkija päätyä erilaisiin tuloksiin luokitellessaan ja tulkitessaan tutkimusaineistoa. Syitä tähän saattaa olla tutkijan laajempi teoreettinen perehtyneisyys tai esiymmärrys tutkittavaan aiheeseen. Kuitenkin toisten tutkijoiden pitäisi pystyä löytämään tietyillä säännöillä muiden tulkintojensa ohella myös tutkijoiden tekemä päätelmä. Muuten voidaan epäillä meidän tekemiä luokittelu- ja tulkintasääntöjä, joita muut eivät ymmärtäisi. Jotta meidän tutkimuksella olisi merkitystä alan tutkimuskentässä, tulee tutkimuksella olla jonkinlainen toistettavuus. (Aaltola & Valli 2007, 92–96,124; Hirsjärvi ym. 2009, 24–25, 158, 163, 231-233.)

Tutkimuksessamme meillä ei ole ollut rahoittajaa, olemme tehneet työn omin kustannuksin. Tämä helpotti meitä tutkijoina siten, ettemme joutuneet miettimään rahoittajan etua missään tutkimuksen vaiheessa. Olimme tutkijoina riippumattomia ja puolueettomia. Halusimme ymmärtää ja kuulla tiedonantajia itsenään, meillä ei ollut omia ennako-oletuksia tutkittavasta aiheesta. (Menetelmäopetuksen tietovaranto, hakupäivä 10.9.2011; Tuomi & Sarajärvi 2009, 135–136.)

7.2 Jatkotutkimus ehdotukset

Mielestämme kiinnostavia jatkotutkimusaiheita voisivat olla muistihoitajien asiakkaiden kokemukset saamastaan hoidosta, samoin läheisten arviot annetusta ohjauksesta sekä tuesta. Lisäksi mielenkiintoista olisi tietää, millaiseksi yhteistyötahot kokevat yhteistyön muistihoitajien kanssa. Jatkossa voisi myös tehdä uudelleen saman tutkimuksen ja verrata saatuja tutkimustuloksia.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin: 1 Metodin valinta ja aineiston keruu. Jyväskylä: P-S-Kustannus.

Adams, T. 2008. Alzheimer`s disease. Teoksessa Adams, T. (toim.) Dementia care nursing: Promoting well-being in people with dementia and their families. New York: Palgrave Macmillan, 3-4.

Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön ohje, Oulun seudun ammattikorkeakoulu. 2011. Hakupäivä 4.5.2012

http://inraweb.students.oamk.fi/tietoa_opiskelusta/opinnaytetyo/

Alhainen, K. Muistisairauksien ennaltaehkäisyn mahdollisuudet- aivoterveystä arkipäivää. Muistikeskus. Hakupäivä 10.4.2012

<http://www.muisti.com/download.php?file=/tietopankki/43/aivoterveysalhainen130904.pdf>

Eettisten näkökohtien työryhmä, 2009. Omaisten kuuleminen ja rooli hoitopäätösten teossa – eettisiä näkökohtia. Hakupäivä 7.4.2012

http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=Omaisten%20kuuleminen%20ja%20rooli%20hoitop%E4%E4t%F6sten%20teossa%20%96%20eettisi%E4%20n%E4k%F6kohtia

Eloniemi-Sulkava, U. 2002. Supporting community care of demented patients. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Kuopio: Liikekirjapaino Oy.

Erkinjuntti, T., Alhainen, H. & Rinne, J. 2004. Muistihäiriöt. Helsinki: Duodecim.

Erkinjuntti, T., Alhainen, H., Rinne, J. & Soininen, H. 2006a. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.

Erkinjuntti, T., Heimonen, S. & Huovinen, M. 2006. Miten voit: hyviä päiviä kotona: Muistisairaudet. Helsinki: WSOY.

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. 2006b. Muistihäiriöt ja Dementia. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer H. (toim.) Neurologia. Helsinki: Duodecim, 377–378.

Erkinjuntti, T. & Viramo, P. 2010. Varhaisen taudinmäärityksen merkitys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 52.

Eskelinen, S. 2010. Aikuisen unihäiriöt. Hakupäivä 7.1.2011.
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=unettomuus

Eskelinen, S. 2010. Vanhuksen unihäiriöt. Hakupäivä 7.1.2011
http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=uni

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.

Gränö, S., Tamminen, A., Eronen A., Londén P. & Siltaniemi, A. 2010. Muistibarometri 2010. Muistiliiton julkaisusarja. Hakupäivä 8.4.2012
<http://www.muistiliitto.fi/fin/muistiliitto/ajankohtaista/?nid=112>

Haarni, I. 2010. Eläkeikäisten kohtaamispaikat tekemisen ja tapaamisen yhteisöinä. Gerontologia 2010/1, 3-4.

Hirsjärvi, S. & Hurme H. 2009. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huovinen, P., Paananen, R. & Huovinen, M. 2006. Terve ihminen: Suomalainen lääkärikirja. Porvoo: WSOY.

Hänninen, T. & Pulliainen, V. 2010. Kognitiivinen seulonta. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 360-364.

Hänninen, T., Pulliainen, V., Sotaniemi, M., Hokkanen, L., Salo, J., Hietanen, M., Pirttilä, T., Pöyhönen, M., Juva, M., Remes, A. & Erkinjuntti, T. 2010.

Muistisairauksien tiedonkäsittelymuutosten varhainen toteaminen uudistetulla CERAD-tehtäväsarjalla. Hakupäivä 23.2.2012

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarti-
cle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo99044&_dlehti-
ha-
ku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=haku&_dlehtihaku_view_article_WA
R_dlehtihaku_hakusana=h%C3%A4nninen#s2](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarti-
cle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo99044&_dlehti-
ha-
ku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=haku&_dlehtihaku_view_article_WA
R_dlehtihaku_hakusana=h%C3%A4nninen#s2)

Högström, S. & Granö, S. 2009. Elämää muistisairauden kanssa – Kuntoutusopas muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen. Helsinki: Muistiliitto.

Iivanainen, M. 2010. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen H. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 42.

Kalliomaa, S. 2009. Muistisairaahan tukeminen – ohjeita läheisille. Hakupäivä 2.4.2012
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=omaiset

Kantaneva, M. 2010. Liiku ympäri vuoden: Parhaat ulkoliikuntalajit. Jyväskylä: WSOYpro Oy, 7.

Karhumaa, L., lehtori, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Oulu. Muistisairaahan hoitolinjat – suositukset, luento 13.2.2012.

Killick, J. & Allan, K. 2001. Communication and the care of people with dementia. Great Britain: Biddles Limited, Guildfort and Kings Lynn.

Korkeila, J. 2008. Stressi, tunteiden säätely ja immunitetti. Hakupäivä 12.1.2011
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=stressi

Kuikka, P., Pulliainen, V., Salo, J. & Erkinjuntti, T. 2007. Muistihäiriösairauksien alkuvaiheessa tarvitaan toiminnanohjauksen osa-alueiden tuntemusta. Suomen Lääkärilehti 2007/44, 4097-4101.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli: Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Tampere: Oy Juvenes Print.

Käypä hoito 2010: Muistisairaudet. Hakupäivä 2.4.2012
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044?hakusana=muistisairaudet>

Käypä hoito 2010: Muistisairaudet. Hakupäivä 4.3.2012
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50044#s19>

Lu, D. & Herr, K. 2012. Pain in Dementia: Recognition and Treatment. Gerontological Nursing 2012/ 38 (2), 8-12.

Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista: Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Hakupäivä 30.3.2012
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5099-X.pdf>

Menetelmäopetuksen tietovaranto. Aineisto- ja teorialähtöisyys. Hakupäivä 14.1.2012
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html

Menetelmäopetuksen tietovaranto. Hyvä tutkimuskäytäntö. Hakupäivä 13.1.2012
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_2.html

Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tutkijan asema. Hakupäivä 10.9.2011
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_2.html

Muistiliitto. Ennaltaehkäisy. Hakupäivä 14.2.2012
http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistihairiot_ja_dementia/ennaltaeh/

Muistiliitto. Neuvonta ja ohjaus. Hakupäivä 8.9.2011
http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/hoito_ja_kuntoutus/neuvonta_ja_ohjaus/

Muistiliitto. Terveyttä ja suojaa aivoille. Hakupäivä 7.4.2012
http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/aivot_ja_muisti/terveytta_ja_suojaa_aivoille/

Muistimarkkinat. Muistihoidajakoulutus. Hakupäivä 23.2.2012
http://www.muistimarkkinat.fi/muistimarkkinat/vanhustyon_koulutus/muistihoidajakoulutus/

Pessi, E. 2011. Muistipotilaan hoito- ja palveluketju Suomessa kuntien ikääntymispoliittisten strategioiden kuvaamana: Asiakirja-analyysi. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu. Hakupäivä 7.4.2011
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/69789/gradu2011Pessi.pdf?sequence=1>

Pirttilä, T., Heimonen, S. & Gränö, S. 2007. Kuntoutuksella keskeinen rooli dementoitavaa sairautta sairastavan hoidossa. Gerontologia 2007/4, 320.

Pitkälä, K. & Tilvis, R. 2012. Geriatriinen asiantuntemus vähentää vanhusten avuntarvetta. Suomen Lääkärilehti 2012/8, 564.

Pulliainen, V., Hänninen, T., Hokkanen, L., Tervo, S., Vanhanen, M., Pirttilä, T. & Soinen, H. 2007. Terveysportti: Muistihäiriöiden seulonta- suomalaiset normit CERAD-tehtäväsarjalle. Hakupäivä 23.2.2012
http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=cerad

Pulliainen, V., Kuikka, P., Salo, J., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2001. Omaisen haastattelu tärkeä muistipotilaan tutkimuksessa. Suomen Lääkärilehti 2001/5, 527-535.

Remes A., 2010. Frontotemporaalinen degeneraatio - diagnostinen ja hoidollinen haaste. Hakupäivä 8.1.2011

http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=frontotemporaalinen%20dementia

Rinne, J. 2006. Frontotemporaalliset degeneraatiot. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, H., Rinne, J. & Soininen H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim, 169, 172.

Sallinen, M., Haavisto, M-L., Hublin, C., Lees, R., Nybo, T., Nygrén, E. & Sainio, M. 2006. Stressi ja muisti. Suomen lääkäri-lehti. Hakupäivä 12.1.2011

[http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=stressi ja muistisairaus](http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=stressi%20ja%20muistisairaus)

Salonen, K. 2007. Haastava sosiaalinen vanhustyössä: Avopalvelutyöntekijöiden näkemyksiä kotona asuvien vanhusten sosiaalisesta olomuotoisuudesta. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Hakupäivä 8.4.2012

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161475.pdf>

Soinila, S. 2009. Aivot pidä huolta pääomastasi. Helsinki: Duodecim

Soinila, S. 2003. Ajattele aivojasi. Helsinki: Duodecim

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008/3: Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja. Helsinki. Hakupäivä 7.4.2012

[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikäihmisten palvelujen laatusuositus_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikäihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf)

Strandberg, T. 2006. Terveysliikunnan suositus. Teoksessa Erkinjuntti, T., Heimonen, S. & Huovinen M. (toim.) Miten voit: hyviä päiviä kotona: Muistisairaudet. Helsinki: WSOY, 129–130.

Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. Suomen Lääkärilehti 2008/10: Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Hakupäivä 19.3.2012
http://www.kotonaparas.fi/@Bin/141176/sll_muistisairaussuositus.pdf

Suomen muistiasiantuntijat, 2010. Suomen muistiasiantuntijat ry:n kannanotto. Hakupäivä 23.2.2012
<http://www.muistiasiantuntijat.fi/tiedostot/Y2T0Tu2b.pdf>

Suomen muistiasiantuntijat, 2010. Suomen muistiasiantuntijat ry:n kannanotto. Hakupäivä 24.2.2012
<http://www.muistiasiantuntijat.fi/tiedostot/Y2T0Tu2b.pdf>

Suominen, M. 2006. Ikääntyneen ravitseminen ja erityisruokavaliot: Opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Tarnanen, K., Suhonen, J. & Raivio, M. 2010. Käypä hoito: Muistisairaudet. Hakupäivä 23.2.2012
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00094?hakusana=ceraad>

Topo, P. 2007. Dementia, teknologia ja etiikka. Gerontologia 2007/3, 222-223, 225-226.

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.

Vierula, H. 2012. Ylös sängystä sairaalassakin. Suomen Lääkärilehti 2012/8, 566-568.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 28, 35.

Vuori, U. & Eloniemi-Sulkava U. 2003. Yksinasuvan dementiapotilaan kotihoidon tukeminen. Kuopio: Liikekirjapaino Oy.

Vuori, I. 2006 Liikunnan hyvät vaikutukset. Teoksessa Erkinjuntti, T., Heimonen, S. & Huovinen M. (toim.) Miten voit: hyviä päiviä kotona: Muistisairaudet. Helsinki: WSOY, 129.

Yoo, I-Y. 2011. Recurrent falls among community-dwelling older Koreans: Prevalence and multivariate risk factors. *Gerontological Nursing* 2011/37 (9), 28-39.

TIEDONANTAJAN SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KERUUTA VARTEN**1. Opinnäytetyön tekijät**

Jaana Karioja ja Jenni Koskinen

2. Opinnäytetyön ohjaajat

Liisa Karhumaa ja Piia Hyvämäki

3. Aineiston keruu**Aika ja paikka:**

Menetelmä: Laadullinen tutkimus: teemahaastattelu

4. Opinnäytetyön tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla muistihoitajien osaamista ja työn kehittämistarpeita muistisairaana asiakkaan ennaltaehkäisevässä työssä.

Opinnäytetyön tiedonantajana oleminen on täysin vapaaehtoista. Yksityisiä henkilöitä ei voi tunnistaa tutkimusraportista, eikä heidän nimeään tulla julkaisemaan tutkimuksen missään vaiheessa. Suostun edellä mainittuun aineistonkeruumenetelmään.

Aika / **2012**

Osallistujan nimi

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Kuvaa työtehtäviäsi muistisairaana asiakkaan ennaltaehkäisevässä työssä. Mitä tehtäviisi kuuluu?

Millaiseksi muistihoitajat kuvaavat osaamisen muistisairaana asiakkaan ennaltaehkäisevässä työssä?

1. Miksi mielestäsi muistihoitajaa tarvitaan?
2. Mitkä näet muistihoitajan tärkeimpänä tehtävänä?
3. Millaiset ovat muistiasiakkaan erityispiirteet?
4. Millaiseksi kuvaat muistihoitajan osaamisen? Millaiseksi koet oman osaamisesi muistihoitajana? Koetko hallitsevasi teoreettisen tiedon omassa työssäsi?

Millaista **vuorovaikutusosaaminen** on muistisairaana asiakkaan ennaltaehkäisevässä työssä?

1. Mitä erityistä on muistiasiakkaan kohtaamisessa ja ohjaamisessa?
- 1.2 Miten vuorovaikutusosaaminen korostuu muistihoitajan työssä?
- 1.3 Miten se näkyy esimerkiksi seuraavissa osa-alueissa:
 - Ensitiedon antaminen
 - Haastattelu
 - Elintapa-ohjaus

Mitä **kliinistä osaamista** muistihoitaja tarvitsee käytännössä työssään?

1. Teetkö esimerkiksi kaatumisvaaran arviointia?
2. Käytetäänkö teknologiaa, esimerkiksi hälyttäviä dosetteja tai kellotaulua? Miten suhtaudut teknologiaan?
3. Millaisia välineitä/metodeja muistihoitaja käyttää työssään?
Esimerkiksi:
 - Mittareiden käyttö
 - Muistiapuvälinearvio
4. Millä tavoin mittareista on hyötyä muistihoitajan työssä? Mitä puutteita niissä on? Miten niitä voisi kehittää?
 - Onko mittareista hyötyä esimerkiksi riskitekijöiden havainnoinnissa ja kartoituksessa?
 - Auttavatko mittarit muistisairauksien tunnistamisessa ja vaikeusasteen arvioimisessa?

Terveystieteiden osaaminen ja ennaltaehkäisevä työ

1. Mihin asioihin kiinnität erityisesti huomiota muistiasiakkaan hoidossa?
 - 1.2 Mitkä asiat ovat keskeisiä hoidossa?
 - 1.3 Millaisia hoidon tarpeita muistiasiakkaan hoidossa ilmenee?
2. Mitä kuntoutusta edistävää ohjausta annat työssäsi?
 - Liikunta, ravitsemus, uni ja stressi
3. Miten muistihoitaja tekee sosiaalisen ja psyykkisen kuntoutuksen arviota? – Esimerkiksi sosiaalisista suhteista eristäytyminen ja psyykkinen jaksaminen (masennus)
 - Miten hoidon jatkuvuus näkyy työssäsi? Onko asiakkailla kontrollikäyntejä? Miten sairautta seurataan?
 - Hoidon kokonaisuus
 - Lääkehoidon tarkistus
 - Oheissairauksien hoito
 - Muistisairauksien vaaratekijöiden hoito
 - Käyttöoireiden hoito

Yhteistyöosaaminen ja eettinen osaaminen

1. Mitkä/ketkä ovat yleisimpiä yhteistyötahoja muistiasiakkaan hoidossa? Teetkö yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa?
 - 1.2 Millaiset valmiudet koulutus antaa yhteistyöosaamiselle?
2. Miten muistihoitaja huolehtii potilaan oikeuksista ja etuuksista? Huolehtiiko hän esimerkiksi sosiaalietuuksien päivytyksestä?
 - Arvioiko muistihoitaja työssään edunvalvonnan tarvetta? Miten?
 - Miten/millä keinoin muistihoitaja arvioi muistisairaalan asiakkaan turvallisuuden? Esimerkiksi ajoterveys ja kotona asuminen. Koetko haastavaksi hoitopaikan tarpeen määrittelyn?
 - Miten hoitotahto-asiat tulevat esille muistihoitajan työssä?
3. Miten huomioit omaiset muistisairaalan asiakkaan hoidossa?
 - Läheisten selviytymistä tukevat toimenpiteet

Millaisia kehittämistarpeita muistihoitajat ovat työssään todenneet muistisairauksien ennaltaehkäisemisessä?

- Resurssit (työssä jaksaminen, motivaatio)
- Toiveet lisäkoulutukselle
- Tarvitaanko palveluita lisää? (muistipoliklinikat joka kuntaan)
- Työn hyvät ja huonot puolet
- Haasteet työssä

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS

OULUN SEUDUN
AMMATTIKORKEAKOULU



KIVIHARJUNEN KATU 1 B, 90220 OULU
(P. 222, 90101 OULU)
www.samk.fi

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS

I Toimijat		
Tekijä I (Opiskelija)	Etunimi	Sukunimi
	Jaana	Karioja
	Osoite	Sähköpostiosoite
	Puhelinnumero	Koulutusohjelma Hoitotyön ko.
Tekijä II (Opiskelija)	Etunimi	Sukunimi
	Jenni	Koskinen
	Osoite	Sähköpostiosoite
	Puhelinnumero	Koulutusohjelma Hoitotyön ko.
Tekijä III (Opiskelija)	Etunimi	Sukunimi
	Osoite	Sähköpostiosoite
	Puhelinnumero	Koulutusohjelma
Toimeksi- antaja I	Organisaation nimi	
	Oulun Seudun Muistiyhdistys ry	
	Työn ohjaaja/yhäteyshenkilö	Osoite
	Maarit Lampela	
Toimeksi- antaja II	Organisaation nimi	
	Työn ohjaaja/yhäteyshenkilö	Osoite
	Puhelin	Sähköposti



Toimeksiantaja III	Organisaation nimi	
	Työn ohjaaja/yhteysthenkilö	Osoite
	Puhelin	Sähköposti
Oulun seudun ammattikorkeakoulu I	Yksikön nimi	
	Sosiaali- ja terveysalan yksikkö	
	Ohjaava opettaja	Osoite
	Liisa Karhumaa	
	Puhelin	Sähköposti
Oulun seudun ammattikorkeakoulu II	Yksikön nimi	
	Sosiaali- ja terveysalan yksikkö	
	Ohjaava opettaja	Osoite
	Piia Hyvämäki	
	Puhelin	Sähköposti
Oulun seudun ammattikorkeakoulu III	Yksikön nimi	
	Ohjaava opettaja	Osoite
	Puhelin	Sähköposti
Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu	Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on Tekijällä. Ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen.	
	Toimeksiantaja sitoutuu antamaan Tekijän käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat julkiset tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Jos opinnäytetyön tekeminen edellyttää salassa pidettävien tietojen tarkastelemista, laaditaan siitä tarvittaessa erillinen salassapitosopimus.	
Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus	Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa salassa pidettäviä määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö raportoidaan ammattikorkeakoulujen verkkokirjasto Theseukseen (http://www.theseus.fi) tai Oulun seudun ammattikorkeakoulun Intraan. Opinnäytetyötoimijat päättävät raportointitavan opinnäytetyön valmistuttua.	
	Tekijä, Toimeksiantaja ja Ohjaava opettaja sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.	
II Suunnitelma		
Opinnäytetyö	Aihe/työnimi	
	Muistihoitajien osaaminen ja työn kehittämistarpeet muistisairauksien ennaltaehkäisyssä	
	Kehittämis-/tutkimustehtävän tavoite ja tulos	
	Tavoitteenamme on tutkia muistihoitajien osaamista ja työn kehittämistarpeita muistisairauksien ennaltaehkäisyssä heidän kuulumana.	



Keskeiset menetelmät: Tutkimuksemme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jossa käytämme tutkimusmenetelmänä teemahaastattelua.	
Toimeksiantaja maksaa opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle työn tekemisestä	<input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei
Opinnäytetyölle on nimetty ohjaajaksi työelämän edustaja	<input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei
Toimeksiantaja hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan	<input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei
Tarkempi selvitys opinnäytetyösuunnitelmassa _____, 20____	
Allekirjoitus	Hyväksyn opinnäytetyön toteutuksen ja ohjauksen Toimijat ja Suunnitelma –kohdissa esitetyllä tavalla.
Päivämäärä 24.2.2012	Ohjaavan opettajan I allekirjoitus <i>[Signature]</i>
Päivämäärä 24.2.2012	Ohjaavan opettajan II allekirjoitus <i>[Signature]</i>
Päivämäärä _____, 20____	Ohjaavan opettajan III allekirjoitus
III Sopimusehdot	
Oikeudet tuloksiin ja muihin opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin	Valitaan A, B, C tai D. A <input type="checkbox"/> Käyttöoikeuden luovutus (ei muunteluoikeutta) Tekijänoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluu opinnäytetyön Tekijälle (Opiskelijalle). Tekijä myöntää Toimeksiantajalle rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyöhön ja siihen liittyvään aineistoon. Toimeksiantaja saa valmistaa opinnäytetyöstä kopioita, esittää ja näyttää aineistoa ja levittää opinnäytetyöstä tehtyjä kappaleita. Toimeksiantajalla ei ole oikeutta muuttaa opinnäytetyötä ilman Tekijän lupaa. Muusta käytöstä on sovittava erikseen kirjallisesti. Toimeksiantaja ei voi siirtää tämän sopimuksen mukaista käyttöoikeutta kolmannelle osapuolelle. Käyttöoikeus on voimassa _____, 20____ saakka. Tekijä luovuttaa Oamkille rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyöhön ja siihen liittyvään materiaaliin ilman erillistä korvausta. Käyttöoikeus sisältää oikeuden säilyttää opinnäytetyö ja siihen liittyvä materiaali sekä käyttää sitä opetus- ja tutkimustoiminnassa, kirjastopalveluissa, toimintansa esittelyssä ja markkinoinnissa ja muussa tavanomaisessa toiminnassaan. B <input checked="" type="checkbox"/> Käyttöoikeuden luovutus (sisältää muunteluoikeuden) Tekijänoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluu opinnäytetyön Tekijälle (Opiskelijalle). Tekijä myöntää Toimeksiantajalle rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyöhön ja siihen liittyvään aineistoon. Toimeksiantaja saa valmistaa opinnäytetyöstä kopioita, esittää ja näyttää aineistoa ja levittää opinnäytetyöstä tehtyjä kappaleita sekä tehdä siihen levittämisen ja yleisön saataville saattamisen kannalta tarpeelliset muutokset. Muusta käytöstä on sovittava erikseen kirjallisesti. Toimeksiantaja ei voi siirtää tämän sopimuksen mukaista käyttöoikeutta kolmannelle osapuolelle. Käyttöoikeus on voimassa 31.12.2022 saakka. Tekijä luovuttaa Oamkille rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyöhön ja siihen liittyvään materiaaliin ilman erillistä korvausta. Käyttöoikeus sisältää oikeuden säilyttää opinnäytetyö ja siihen liittyvä materiaali sekä käyttää sitä opetus- ja tutkimustoiminnassa, kirjastopalveluissa, toimintansa esittelyssä ja markkinoinnissa ja muussa tavanomaisessa toiminnassaan. C <input type="checkbox"/> Taloudelliset tekijänoikeudet luovutetaan kokonaan toimeksiantajalle Tekijä (Opiskelijalla) luovuttaa Toimeksiantajalle kaikki opinnäytetyöhön ja sen tuloksiin liittyvät taloudelliset tekijänoikeudet. Toimeksiantajalla on oikeus luovuttaa tämän sopimuksen mukaiset oikeudet edelleen kolmannelle osapuolelle Tekijää kuulematta ja tehdä levittämisen ja yleisön saataville saattamisen kannalta tarpeelliset muutokset. Oikeuksien siirtoon sisältyy, mutta ei rajoitu, kaikki oikeudet muuntaa, välittää, esittää julkisesti ja levittää tallennetta, siirtää se toiselle medialle ja valmistaa kopioita (myös otteita) esittämistä myyntiä, vuokraamista tai muuta levittämistä varten hyödyntämällä sähköistä, analogista- tai digitaalitekniikkaa, cd- ja dvd-formaatteja, multimediaa, printtimediaa, tietoverkkoja ja videovuokrausjärjestelmiä ja muita vastaavia teknologisia ratkaisuja jakelutavasta riippumatta. Tekijä vakuuttaa, että hänellä on oikeus luovuttaa kaikki edellä mainitut oikeudet, ja että kyseiset oikeudet eivät Tekijän parhaan tiedon mukaan loukkaa kolmannen osapuolen oikeuksia. Toimeksiantaja luovuttaa Oamkille rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyöhön ja siihen liittyvään materiaaliin ilman erillistä korvausta. Käyttöoikeus sisältää oikeuden säilyttää opinnäytetyö ja siihen liittyvä materiaali sekä käyttää sitä opetus- ja tutkimustoiminnassa, kirjastopalveluissa, toimintansa esittelyssä ja markkinoinnissa ja muussa tavanomaisessa toiminnassaan. D <input type="checkbox"/> Tekijänoikeuksista sovitaan erikseen Tekijä ja Toimeksiantaja ovat sopineet opinnäytetyön ja sen tulosten tekijänoikeuksista luovuttamisesta seuraavaa:



Korvaukset	<p>Valitaan E, F tai G.</p> <p>E <input type="checkbox"/> Korvauksena tehdystä työstä jätetään tekijänoikeuksien luovuttamisesta Toimeksiantaja maksaa Tekijälle _____ € korvauksen _____,20 _____ mennessä.</p> <p>F <input type="checkbox"/> Korvauksesta on sovittu erikseen.</p> <p>G <input type="checkbox"/> Tekijälle ei makseta korvauksia tehdystä työstä eikä tekijänoikeuksien luovuttamisesta.</p> <p>Työsuhde Mahdollisesta työsuhdesta Toimeksiantaja ja Tekijä sopivat erikseen. Opinnäytetyötä tekevät opiskelijat ovat Oulun seudun koulutuskuntayhtymän/Oulun seudun ammattikorkeakoulun tapaturmavakuutuksen piirissä, mikäli heillä ei ole työsuhdetta opinnäytetyön Toimeksiantajaan.</p>												
Opinnäytetyön kustannukset	<p>Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat Toimeksiantaja ja Tekijä keskenään. Ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>												
Allekirjoitukset	<p>Olemme sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta tässä sopimuksessa sovitulla tavalla. Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika on _____,20 _____.</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="432 582 826 618"> <p>Paivämäärä 28.2.2012</p> </td><td data-bbox="826 582 1203 618"> <p>Tekijän I (Opiskelijan) allekirjoitus <i>Juha Kari</i></p> </td></tr> <tr> <td data-bbox="432 618 826 654"> <p>Paivämäärä 28.2.2012</p> </td><td data-bbox="826 618 1203 654"> <p>Tekijän II (Opiskelijan) allekirjoitus <i>Salli Kari</i></p> </td></tr> <tr> <td data-bbox="432 654 826 689"> <p>Paivämäärä _____,20 _____</p> </td><td data-bbox="826 654 1203 689"> <p>Tekijän III (Opiskelijan) allekirjoitus</p> </td></tr> <tr> <td data-bbox="432 689 826 725"> <p>Paivämäärä 28.2.2012</p> </td><td data-bbox="826 689 1203 725"> <p>Toimeksiantajan I allekirjoitus <i>Juha Kari</i></p> </td></tr> <tr> <td data-bbox="432 725 826 761"> <p>Paivämäärä _____,20 _____</p> </td><td data-bbox="826 725 1203 761"> <p>Toimeksiantajan II allekirjoitus</p> </td></tr> <tr> <td data-bbox="432 761 826 797"> <p>Paivämäärä _____,20 _____</p> </td><td data-bbox="826 761 1203 797"> <p>Toimeksiantajan III allekirjoitus</p> </td></tr> </table>	<p>Paivämäärä 28.2.2012</p>	<p>Tekijän I (Opiskelijan) allekirjoitus <i>Juha Kari</i></p>	<p>Paivämäärä 28.2.2012</p>	<p>Tekijän II (Opiskelijan) allekirjoitus <i>Salli Kari</i></p>	<p>Paivämäärä _____,20 _____</p>	<p>Tekijän III (Opiskelijan) allekirjoitus</p>	<p>Paivämäärä 28.2.2012</p>	<p>Toimeksiantajan I allekirjoitus <i>Juha Kari</i></p>	<p>Paivämäärä _____,20 _____</p>	<p>Toimeksiantajan II allekirjoitus</p>	<p>Paivämäärä _____,20 _____</p>	<p>Toimeksiantajan III allekirjoitus</p>
<p>Paivämäärä 28.2.2012</p>	<p>Tekijän I (Opiskelijan) allekirjoitus <i>Juha Kari</i></p>												
<p>Paivämäärä 28.2.2012</p>	<p>Tekijän II (Opiskelijan) allekirjoitus <i>Salli Kari</i></p>												
<p>Paivämäärä _____,20 _____</p>	<p>Tekijän III (Opiskelijan) allekirjoitus</p>												
<p>Paivämäärä 28.2.2012</p>	<p>Toimeksiantajan I allekirjoitus <i>Juha Kari</i></p>												
<p>Paivämäärä _____,20 _____</p>	<p>Toimeksiantajan II allekirjoitus</p>												
<p>Paivämäärä _____,20 _____</p>	<p>Toimeksiantajan III allekirjoitus</p>												